DICTIONNAIRE
DE MÉDECINE.

TOME XXIII.

PARIS.— IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX,
RUE DES FRANCS-BOURGEOIS-S.-MICHEL, 8.

DICTIONNAIRE
DE MÉDECINE

OU

RÉPERTOIRE GÉNÉRAL

DES SCIENCES MÉDICALES

CONSIDÉRÉES

SOUS LES RAPPORTS THÉORIQUE ET PRATIQUE

PAR MM. ADELON, BÉCLARD, A. BÉRARD, P. H. BÉRARD, BIETT, BLACHE, BRESCHET, CALMEIL, AL. CAZENAVE, CHOMEL, H. CLOQUET, J. CLOQUET, COUTANCEAU, DALMAS, DANCE, DESORMEAUX, DEZEIMERIS, P. DUBOIS, FERRUS, GEORGET, GERDY, GUÉRARD, GUERSENT, ITARD, LAGNEAU, LANDRÉ-BEAUVAIS, LAUGIER, LITTRÉ, LOUIS, MARC, MARJOLIN, MURAT, OLLIVIER, ORFILA, OUDET, PELLETIER, PRAVAZ, RAIGE-DELORME, REYNAUD, RICHARD, ROCHOUX, ROSTAN, ROUX, RULLIER, SOUBEIRAN, TROUSSEAU, VELPEAU, VILLERMÉ.

Deuxième Edition,

ENTIÈREMENT REFONDUE ET CONSIDÉRABLEMENT AUGMENTÉE.

TOME VINGT-TROISIÈME.

PÆD-PÉR.

PARIS.

BECHET J^NE ET LABÉ, LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 4.

1841

DICTIONNAIRE
DE MÉDECINE.

P.

PÆDIATRIE (de παῖς, enfant, et ἰατρεία, médecine). — La *pædiatrie* ou *médecine des enfans*, comprend l'hygiène, la physiologie et la pathologie de l'enfance, ainsi que la thérapeutique des maladies de cet âge. La plupart des considérations que la différence d'organisation des enfans imprime à leur physiologie, et par suite aux lois de l'hygiène auxquelles il faut recourir, ont été placées dans les articles généraux, Age, Dentition, Nouveau-nés, etc. Les maladies plus particulières à l'enfance ont été traitées aux articles qui leur appartiennent, Aphthes, Croup, Muguet, etc. Nous nous bornerons ici à l'exposition d'idées générales sur l'ensemble des maladies auxquelles l'enfant est exposé, sur la manière de les observer et de les combattre.

Considérations générales sur les maladies de l'enfance. — C'est pendant la période qui s'étend de la naissance à la puberté, que l'organisation physique et morale présente le plus de développement et subit le plus de modifications. L'enfant nouveau-né est si différent de celui qui a atteint dix à douze ans, qu'il n'y a plus rien de comparable entre eux; il n'est plus du tout semblable à lui-même: ce sont deux êtres entièrement distincts sous le rapport de l'organisation physique et du développement des facultés intellectuelles. Quand on rapproche ces deux extrêmes de l'enfance, on est admirablement surpris des changemens extraordinaires qui s'opèrent si rapidement dans l'intervalle. On conçoit dès lors facilement quels efforts considérables la nature doit faire pendant l'enfance, et pourquoi l'homme est, durant cette période, beaucoup plus exposé aux maladies qu'à toute autre époque de son

existence. En effet, l'enfant est non-seulement affligé de maladies qui sont particulières à son âge, mais encore de presque toutes celles qu'on observe dans la durée du reste de la vie. Aussi combien l'enfance n'a-t-elle pas besoin de secours et de soins pour veiller à sa conservation.

Pendant long-temps on a mal observé les affections du premier âge, et au lieu de chercher à vaincre la difficulté que présente leur diagnostic, on a commencé par supposer des causes auxquelles on prétendait devoir toutes les rapporter. La dentition, les vers, l'accroissement, ont été, pendant des siècles, considérés comme les causes principales des maladies de l'enfance, et même aujourd'hui les médecins sont trop enclins à exagérer l'influence fâcheuse de ces conditions diverses : ces causes ne sont le plus souvent que très secondaires, ou simplement occasionnelles. Il est naturel que les enfans, qui sont organisés à la manière des adultes, qui surtout sont soumis aux mêmes influences physiques, et que leur faiblesse même rend encore beaucoup plus impressionnables, soient sujets aux mêmes maladies. Mais leurs affections ont peut-être, sous plusieurs rapports, plus d'analogie avec celles de la vieillesse qu'avec celles de l'âge adulte. Le jeune enfant semble très différent du vieillard sous le point de vue physiologique : dans l'un, tous les organes sont flexibles, mobiles, et tendent au développement; dans l'autre, il y a, au contraire, sécheresse, rigidité, difficulté à se mouvoir, et tous les organes tendent à se rétracter. Chez le premier, il y a un afflux abondant de sensations et de mouvemens de relation, tandis que, chez le second, toutes les excitations s'affaiblissent, et les rapports de relation diminuent. L'enfant commence et s'essaie à vivre; le vieillard s'éteint et meurt par degrés. Néanmoins, malgré ces grandes différences, les maladies des extrêmes de la vie présentent plusieurs points remarquables de ressemblance; la faiblesse, qui est le caractère distinctif de la vieillesse et de l'enfance, quoique dépendante de causes différentes, imprime à beaucoup de leurs maladies des formes communes et une marche analogue. Ainsi la prédominance de l'activité du cerveau chez les enfans, et l'affaiblissement de ce foyer d'excitation chez les vieillards, amènent des résultats à peu près semblables; les altérations de l'encéphale sont plus fréquentes chez les

uns et les autres que dans l'âge adulte, et presque toutes les affections graves, dans l'enfance et la vieillesse, commencent par des symptômes cérébraux qui bien souvent masquent d'abord les lésions principales. La délicatesse des organes chez les enfans, leur affaiblissement chez les vieillards, impriment à la marche de leurs maladies un caractère commun, tantôt une terminaison prompte et souvent funeste, tantôt, au contraire, une marche longue et chronique; sous cette dernière forme l'amaigrissement est alors, chez tous deux, porté au dernier degré; les traits de la face s'altèrent de la même manière, et les enfans ressemblent à de petits vieillards. Mais la différence notable qui existe entre les affections graves des enfans et celles des vieillards, c'est que si les uns et les autres tombent souvent rapidement dans une grande prostration de forces, les premiers se relèvent beaucoup plus souvent et beaucoup plus rapidement que les seconds, parce que les organes de l'enfant, n'étant que médiocrement épuisés, peuvent facilement réagir, au lieu que, chez le vieillard, la sensibilité des organes est tarie, et n'est plus qu'à peine susceptible de réaction.

Si nous passons à l'étude particulière des manifestations morbides, nous trouvons que les maladies de l'appareil de la digestion sont le plus ordinairement celles qui se présentent dès les premiers jours de l'existence. Aux nouveau-nés appartient presque en propre le muguet, qui devient de moins en moins fréquent à mesure que l'enfant avance en âge : dans la seconde enfance, les autres espèces de stomatites se montrent plus souvent: telles sont la stomatite avec plaques pseudo-membraneuses plus ou moins étendues, et la gangrène des gencives et des parois des joues, cette affection inconnue aux autres périodes de la vie, et que viennent compliquer presque constamment des pneumonies sub-aiguës. Les phlegmasies, soit de l'estomac seul, soit de l'intestin grêle, soit de ces deux organes réunis, les ramollissemens de la membrane muqueuse gastro-intestinale, et surtout les colites aiguës et plus fréquemment chroniques, se rencontrent chez les enfans beaucoup plus souvent que chez les adultes. L'entérite folliculeuse, qu'on avait cru d'abord l'apanage exclusif de ceux-ci, attaque très communément l'enfance; son maximum de fréquence paraît être de onze à quinze ans (*Arch. gén. de méd.*,

t. VIII, p. 297, juillet 1840) : puis elle décroît dans une proportion assez régulière jusqu'aux deux premières années, où les cas deviennent à peu près exceptionnels.

Outre ces affections graves, il faut mentionner, comme accidens très ordinaires, les indigestions qui parfois se traduisent par des phénomènes cérébraux si alarmans, et la diarrhée qui accompagne le travail de la dentition, et qui est tantôt purement sympathique, tantôt liée à une entéro-colite concomitante. Les vers intestinaux, qu'on ne retrouve que très rarement chez l'enfant quelque temps après sa naissance, se développent quelquefois dès l'âge d'un an, et se multiplient dans certaines circonstances d'une manière extraordinaire; mais ils ne produisent pas souvent des accidens graves, quoi qu'on en ait dit. Les vers les plus communs sont les ascarides lombricoïdes et vermiculaires, et le tricocéphale dispar. Les péritonites aiguës sont assez rares chez les enfans; mais ils sont exposés aux péritonites chroniques tuberculeuses et aux péritonites aiguës par perforation, surtout après la première dentition.

La fréquence du pouls et de la respiration dans l'enfance sont deux faits signalés et connus depuis long-temps ; mais une autre disposition organique très importante ne paraît pas avoir fixé, jusqu'à ce jour, l'attention des physiologistes. Plus l'enfant est voisin de l'époque de la naissance, plus l'épaississement du ventricule gauche est considérable par rapport à celui du veutricule droit, et plus celui-ci, par conséquent, offre d'étendue relativement à l'autre; de sorte qu'à l'époque de la naissance, le ventricule aortique dont la cavité est alors très petite paraît presque simplement accolé au veutricule veineux qui est beaucoup plus étendu. D'après la comparaison que j'ai faite de l'épaisseur de ces deux cavités du cœur chez les jeunes enfans, j'ai observé qu'à quelques variations près, qui se rencontrent à cet âge, comme à tous les autres, la proportion la plus constante de l'épaisseur du ventricule gauche au droit est ordinairement : : 3 : 1, et quelquefois même : : 4 : 1, tandis que, chez les adultes qui n'ont pas le cœur malade, la proportion la plus ordinaire est : : 2 : 1. Les oreillettes ne présentent pas les mêmes disproportions. Il en résulte que, chez les enfans très jeunes, le ventricule veineux est proportionnellement beaucoup plus grand et plus faible

que chez les adultes, ce qui s'accorde d'ailleurs avec l'étendue relative de leur système veineux. Toutefois, mes observations n'étant pas parfaitement d'accord avec celles de M. Vernier, devront être de nouveau répétées pour être concluantes.

Les lésions soit du cœur et de ses orifices, soit des vaisseaux artériels et veineux, si communes dans la seconde moitié de l'existence, sont beaucoup moins fréquentes dans le premier âge : parfois, néanmoins, nous avons observé des péricardites, des endocardites, des hypertrophies du cœur, des artérites et des phlébites; mais ce n'est presque jamais qu'après l'époque de la première dentition.

Les affections de l'appareil respiratoire sont très communes dans l'enfance. Ainsi le coryza pseudomembraneux, l'angine couenneuse, le croup, le spasme de la glotte sont des maladies presque particulières à l'enfance. Il en est de même de la coqueluche, de la bronchite capillaire; mais la plus fréquente de toutes les affections thoraciques est sans comparaison la pneumonie, qui, chez les enfans comme chez les vieillards, est fréquemment double, et se montre sous la forme lobulaire. C'est aussi à ces deux âges que ces phlegmasies du parenchyme pulmonaire sont latentes : elles commencent souvent par de simples bronchites qui paraissent d'abord très légères; peu à peu l'inflammation se communique au tissu vésiculaire du poumon, sans se manifester par aucune espèce de douleur, ni même quelquefois par une gêne notable dans la respiration. Cette maladie est d'autant plus insidieuse chez les jeunes enfans, qu'ils ne crachent pas, tandis que l'expectoration, quelquefois sanguinolente, peut au moins attirer l'attention chez les vieillards. C'est à cette espèce de pneumonie que succombent la plupart des jeunes enfans. Plus les enfans sont exposés à des causes débilitantes, plus elle se développe d'une manière obscure, et plus elle est funeste. Les trois cinquièmes au moins de ceux qui meurent dans les hôpitaux, depuis la naissance jusqu'à la fin de la première dentition, sont victimes de pneumonies, qui parfois deviennent chroniques. A l'hôpital des Enfans, où cette maladie est véritablement endémique, au moins dans les salles consacrées aux très jeunes enfans, on serait porté à croire qu'elle est peut-être, dans quelques circonstances, contagieuse. J'ai vu plusieurs fois des enfans,

sains d'ailleurs, n offrir que les caractères d'une légère bronchite, rester très peu de jours dans les salles, sortir en apparence guéris, et revenir bientôt après avec tous les symptômes de la maladie au dernier degré.

Les différentes dyspnées qui dépendent de l'asthme ou de l'emphysème pulmonaire sont plus rares dans l'enfance qu'à tout autre âge, et surtout que dans la vieillesse; l'asthme nerveux ne se rencontre presque jamais chez les très jeunes enfans. Mais il est une forme de dyspnée toute spéciale chez les jeunes sujets rachitiques dont les côtés du thorax sont déprimés ou rentrent en dedans, et chez lesquels chaque mouvement inspiratoire rétrécit la cavité de la poitrine au lieu de l'agrandir.

Les organes des sécrétions et des excrétions, excepté la peau, sont rarement affectés chez les enfans, tandis qu'ils le sont bien plus souvent dans la vieillesse. Cependant les incontinences d'urine et les calculs vésicaux se rencontrent plus fréquemment aux deux extrêmes de la vie que dans l'âge adulte. La maladie de Bright est également assez commune chez les sujets qui approchent de la puberté; nous l'avons observée souvent, principalement chez les scrofuleux.

Les affections chroniques et organiques de l'appareil biliaire ne sont pas très rares dans l'enfance; mais les calculs biliaires cristallisés ne s'y rencontrent pas. Sous l'influence des fièvres intermittentes, la rate acquiert souvent un volume extraordinaire, et cette hypertrophie est parfois assez considérable pour entraîner une gêne notable dans la circulation abdominale, et une ascite consécutive.

La peau, qui est en même temps un organe important d'absorption, de sécrétion et de relation très étendue, est souvent le siége d'exanthèmes, tels que la variole, la rougeole, la scarlatine, etc., ou d'affections sub-aiguës ou chroniques, comme les *eczema*, les *impetigo*, les *lichen*, les *herpès*, les *psoriasis*, etc. Au rang des plus habituelles, il faut placer e *favus*, le *porrigo decalvans* et l'*impetigo* du cuir chevelu. Plusieurs de ces éruptions sont héréditaires; d'autres sont contagieuses et se communiquent avec d'autant plus de facilité que la peau fine et délicate de l'enfant absorbe plus activement. N'est-ce pas en raison de cette texture, et parce que l'enveloppe cutanée est alors excessivement sensible à l'in-

fluence des agens extérieurs, que les proportions entre l'exhalation interne et l'externe sont changées par la moindre cause qui arrête la transpiration? De là, les liquides sont refoulés à l'intérieur, et l'exhalation des cavités augmente. Il résulte de cette disposition, et sans doute aussi de l'état de faiblesse de l'enfance, que les œdèmes et les hydropisies essentielles et symptomatiques sont à peu près aussi fréquents à cet âge que chez les vieillards, et beaucoup plus que chez les adultes.

De tous les organes des sens, le plus souvent atteint de maladies dans l'enfance est celui de la vue : outre les ophthalmies scrofuleuses et celles que la variole détermine, nous devons signaler la blépharophthalmie purulente qui appartient particulièrement à cet âge. Cette maladie, souvent épidémique à l'hôpital des Enfans, est alors bien évidemment contagieuse, comme je l'ai constaté en inoculant le mucus puriforme avec le bout du petit doigt seulement porté dans l'angle interne des yeux de quatre aveugles nés. La maladie s'est communiquée à tous les quatre. M. Guillet a rendu compte de cette inoculation dans sa *Bibliothèque ophthalmologique*, année 1819, 1er et 2e fascicule.

Quant aux affections de l'encéphale, elles sont très fréquentes dans l'enfance : la prédominance physique du cerveau, les excitations répétées qui tiennent sans cesse cet organe en action et accélèrent son développement, le travail fluxionnaire de deux dentitions qui appelle le sang vers la tête, prédisposent nécessairement l'enfant aux congestions, aux phlegmasies et aux convulsions. Aussi on trouve en première ligne les méningites, et surtout la méningite tuberculeuse, les ramollissemens, les hydrocéphalies, les tubercules du cerveau, etc., maladies infiniment plus communes qu'aux autres périodes de l'existence; assez souvent on observe les hémorrhagies capillaires, et quelquefois même, mais rarement, les hémorrhagies en masse ; les convulsions se développent fréquemment, soit sympathiquement, sous l'influence de la dentition ou d'un trouble des fonctions digestives, soit consécutivement à une lésion matérielle des méninges ou du cerveau (ramollissement, induration, etc.). Les contractures se manifestent pareillement dans des circonstances assez nombreuses, et parfois elles revêtent une forme toute particulière, occupant les deux mains et les deux pieds qui sont rétractés inférieurement : cet acci-

dent, dont la cause matérielle nous échappe presque toujours, coïncide tantôt avec d'autres désordres du côté du système nerveux, tantôt avec des affections d'autres organes, dont la relation avec la contracture n'est point facile à saisir.

Certaines névroses ne sont pas rares chez les jeunes sujets; ils sont souvent atteints d'épilepsie, d'éclampsie, d'hystérie, et plus spécialement de chorée. Mais, en revanche, ils sont presque entièrement préservés des névralgies qui tourmentent si cruellement les autres âges.

Chez eux, les maladies du système locomoteur sont assez nombreuses; leurs os sont souvent le siége d'altérations profondes: il faut mentionner, avant toute autre, le rachitisme, qui appartient presque exclusivement aux premières années, mais dont les déformations consécutives peuvent se faire sentir également plus tard sur l'économie. Les caries tuberculeuses (*tumeurs blanches, luxations spontanées, mal de Pott, etc.*) viennent en seconde ligne. Ces deux maladies sont presque le triste privilége du jeune âge.

Les muscles sont moins souvent malades, chez les enfans, que le système osseux et articulaire; cependant ils sont quelquefois affectés de spasmes cloniques et de rétractions qui déterminent des raccourcissemens des membres, et qui en ont souvent imposé à des hommes instruits d'ailleurs, pour des inflammations articulaires avec déplacement des os.

Le développement incomplet ou l'inertie des organes génitaux explique pourquoi la jeune fille est exempte de la plupart des maladies qui affligent la femme: observons néanmoins que la vulvite aiguë ou chronique est loin d'être rare chez les petites filles, et que de plus elles sont exposées à une lésion particulière, la gangrène spontanée de la vulve.

L'appareil ganglionnaire et lymphatique est le siége d'altérations fréquentes dans l'enfance et la vieillesse; mais, dans le premier âge, les inflammations des ganglions dégénèrent facilement en tubercules; dans la vieillesse, ils se transforment plutôt en tissu cancéreux. Le squirrhe et la matière encéphaloïde remplacent, pour ainsi dire, chez les vieillards, la dégénérescence tuberculeuse, rare chez eux, et si commune dans l'enfance. En effet, le tubercule est, de tous les produits morbides, celui qui, dans les premiers temps de la vie, a le plus de tendance à envahir les différens organes et à se gé-

néraliser dans l'économie. Parfois il se forme dès les commencemens de l'existence, et nous rappellerons, pour ne citer que cet exemple, que nous avons trouvé chez un sujet de six semaines le lobe supérieur d'un poumon creusé presqu'en entier par une vaste caverne tuberculeuse : d'ordinaire, cependant, il se montre plutôt à l'époque de la première ou de la seconde dentition. Tantôt la diathèse tuberculeuse est à son maximum, et presque tous les tissus ou parenchymes, poumons, rate, foie, ovaires, utérus même, os, muscles, etc., sont infiltrés de matière tuberculeuse ; tantôt ce produit de formation nouvelle se localise davantage, et se manifeste sous les formes les plus variées : c'est ainsi qu'il constitue dans les ganglions des bronches la phthisie bronchique, dans ceux du ventre, la mésentérite tuberculeuse ou carreau, dans les os, ces caries si fréquentes dont la nature n'a été bien connue que dans ces derniers temps. Le tubercule, enfin, donne à la plupart des phlegmasies de l'enfance leur gravité ; il explique une des causes principales des insuccès du médecin dans les grandes villes, alors qu'il traite des entérites, des péritonites, des pneumonies ou des méningites tuberculeuses, et il rend raison de l'effrayante mortalité qui frappe sur les enfans.

Quant aux maladies que j'appellerai *générales,* parce qu'elles semblent atteindre à la fois tous les systèmes d'organes, sans qu'aucun soit plus spécialement affecté qu'un autre, et qu'on puisse retrouver après la mort aucune trace d'altérations locales, elles sont extrêmement rares chez les enfans comme dans les autres âges ; cependant, on observe chez eux des étisies, des adynamies et des cachexies sans aucune lésion organique, et c'est encore un nouveau point de contact entre la pathologie des vieillards et celle des enfans. Toutes les fonctions s'affaiblissent quelquefois graduellement chez eux et ils finissent par s'éteindre comme dans un état de décrépitude, quoique l'examen le plus attentif de leurs organes ne semble présenter aucune altération quelconque, et qu'on ne puisse expliquer les causes de ce dépérissement, qui ne peut être souvent évité par aucun moyen.

De l'observation dans les maladies de l'enfance. — Nous venons de parcourir le cadre des affections qui atteignent le plus ordinairement l'enfance, et ces considérations préliminaires étaient fort importantes, puisque la connaissance des

maladies de cet âge est en définitive l'élément le plus precieux à consulter lorsqu'il s'agit d'établir le diagnostic. Les difficultés de ce diagnostic sont, comme on le sait, très nombreuses et très grandes : dans les premières années, les enfans ne sauraient traduire leurs souffrances par le langage, ni rendre compte des sensations qu'ils éprouvent ; c'est tout au plus si, par l'expression de leur physionomie, par quelques mouvemens particuliers, ils guident le médecin dans ses recherches vers la source du mal. Cette obscurité qui enveloppe leurs maladies tient non-seulement à leur manque de moyens d'expression, mais encore à ce que ces maladies elles-mêmes se présentent sous des formes plus complexes et plus insidieuses : tantôt, en effet, dans le premier âge, les indispositions les plus légères, une fièvre éphémère, une indigestion, s'annoncent par les phénomènes les plus graves, par une fièvre intense, par des convulsions, du coma; tantôt, au contraire, les désorganisations les plus profondes s'opèrent d'une manière latente, sans réaction, et pour ainsi dire, quelquefois sans symptômes.

Pour éviter des erreurs dans lesquelles tomberait facilement un observateur inexpérimenté, certaines considérations basées sur la pratique et sur une étude spéciale de la pathologie du premier âge sont absolument nécessaires : nous essayerons d'en tracer quelques-unes, et de démontrer comment on doit ici procéder à l'exploration clinique, et nous indiquerons en même temps certaines données que fournit la séméiologie, et dont l'appréciation peut servir de guide.

Chez le nouveau-né, comme les manœuvres auxquelles le médecin se livre déterminent une agitation quelquefois violente et des cris qui pourraient faire croire à de la fièvre ou à des douleurs qui n'existent pas réellement, il y a avantage (et M. Valleix a insisté avec raison sur ce point) à explorer d'abord l'enfant pendant le calme du sommeil. Dans ce premier temps, on constatera la coloration de la face, l'expression de la physionomie, le nombre des pulsations de la radiale et celui des inspirations, etc., tandis que d'autres phénomènes pourront être perçus dans un second temps, et malgré l'agitation.

Je suppose maintenant qu'on se trouve en présence du petit malade; la première chose à faire sera de le mettre nu (avec précaution toutefois) pour juger de son embonpoint ou de sa

maigreur, de sa force ou de sa faiblesse relative suivant son âge. Puis on regardera si la tête est bien conformée, si les fontanelles sont réunies, si la boîte osseuse n'est pas trop forte, et si cet excès de volume dépend du rachitisme ou d'un hydrocéphale; si le cuir chevelu n'est pas le siége de favus ou de croûtes d'impétigo; s'il n'y a pas de gonflement du conduit auditif ou d'écoulement par l'oreille; si les glandes du cou ne sont pas gonflées, indurées, s'il n'y a sous la mâchoire ni cicatrice d'abcès scrofuleux, ni ganglions développés, si les bras portent des traces de vaccine, si le thorax, la colonne vertébrale, les membres supérieurs ou inférieurs sont déformés par le rachitisme ou par des caries tuberculeuses, si les ganglions des aisselles ou de l'aine sont volumineux; si le ventre est très gros, s'il y a sur la peau quelque indice, soit de syphilis congénitale, soit d'affection cutanée chronique, soit de fièvre éruptive; si les parties qui sont sujettes à des frottemens répétés présentent quelques gerçures, si celles qui sont baignées par l'urine ou les matières fécales offrent quelque bouton de variole naissante, si enfin un érythème ne commence point aux fesses, érythème fréquent qui n'est souvent que le premier symptôme d'entérite simple ou compliqué de muguet.

Après ce coup d'œil jeté sur l'habitus extérieur, on consultera avec plus d'attention les renseignemens fournis par l'attitude et le facies de l'enfant: le plus souvent, néanmoins, l'attitude n'a pour l'observateur rien de caractéristique; ou bien le petit malade s'agite en tous sens dans son berceau, ou bien il reste dans la position qu'on lui a donnée, alors même que cette posture est gênante; c'est seulement quand sa raison et ses forces musculaires sont plus grandes qu'il sait prendre les positions les plus favorables: par exemple, il se mettra rapidement à son séant, et il y restera volontiers dans les affections où il y a menace de suffocation, dans la coqueluche, dans la laryngite striduleuse ou dans le croup, etc.

Chez l'enfant, comme chez l'adulte, le facies s'empreint d'un cachet particulier dans certaines maladies: ainsi la face gripée de la péritonite aiguë diffère de cet aspect de petits vieillards qu'offrent les jeunes sujets atteints d'un ramollissement de l'estomac ou épuisés par la diarrhée, et de la figure animée, vultueuse des fièvres éruptives à leur début, et de la physio-

nomie anxieuse qui appartient aux angines avec imminence d'asphyxie. Mais vouloir que chaque affection ait un trait spécial et se dessine par des lignes sur la figure, et surtout accorder à cette séméiotique faciale une confiance exclusive, c'est s'exposer volontairement à commettre de fréquentes méprises. Notons, cependant, parmi les phénomènes qui ont une grande valeur pour le diagnostic, la teinte ictérique chez les nouveau-nés, les brusques alternatives de rougeur et de pâleur qui existent dans la méningite, et principalement les altérations dans les mouvemens de la face, les grimaces de la chorée, le strabisme, le mâchonnement, les convulsions des affections cérébrales.

Le médecin passera ensuite à l'examen des différentes fonctions. S'il se rappelle la fréquence des gingivites, des stomatites et des angines, il se gardera, pour l'appareil digestif, d'oublier l'inspection de la bouche. Cette inspection se fait sans peine chez le nouveau-né : sitôt qu'on presse légèrement sur le menton, il crie, et alors l'ouverture de la bouche permet le plus souvent de voir jusqu'au fond de la gorge. Avec un peu d'habitude on triomphe aisément de la résistance que l'enfant plus âgé oppose quelquefois par le resserrement des mâchoires; tandis qu'un aide pince le nez, on se tient prêt, avec une cuillère, à profiter de la moindre ouverture que nécessite bientôt le besoin de respirer, et alors on introduit la cuillère à plat jusqu'à la base de la langue que l'on déprime avec force, pour apercevoir le voile du palais, les amygdales, et même l'épiglotte; promenant ensuite l'instrument avec rapidité dans l'intérieur de la bouche, on explore successivement la paroi interne des joues, les gencives, les dents, la muqueuse qui tapisse la partie postérieure des lèvres, et principalement les points qui sont en contact avec les aspérités dentaires.

On ne négligera pas non plus d'introduire le doigt dans la cavité buccale pour juger de son degré de chaleur, de la sécheresse de la membrane muqueuse ou des enduits qui la tapissent, du nombre et de la saillie des dents que l'on devra également compter. Cette introduction du doigt est très utile chez le nouveau-né pour apprécier la vigueur avec laquelle il exerce la succion; car l'énergie de ses efforts est généralement en raison de ses forces. Il faudra, pour le même motif,

s'assurer de la manière dont l'enfant tette, la faiblesse de la succion, et surtout l'abandon presque instantané ou le refus du sein étant d'ordinaire un signe fâcheux, dans le cas de maladie. On devra encore faire boire devant soi le petit malade pour savoir comment s'opère la déglutition, soit qu'une inflammation de la bouche ou de l'arrière-gorge la rende difficile, soit qu'une gêne de la respiration en interrompe la continuité, et pour être témoin du plus ou moins d'avidité avec laquelle il semble se jeter sur les vases qu'on lui présente : une soif très grande se lie habituellement à des phlegmasies gastro-intestinales ou pulmonaires ou au début d'une éruption aiguë.

On se rappellera, en explorant l'abdomen, que le ventre est naturellement gros chez les enfans, mais que ce volume est surtout augmenté dans les cas de tympanite, de péritonite chronique, et dans ceux d'ascite, hydropisie si fréquente à cet âge. La percussion servira ici au diagnostic différentiel, ou seulement un palper profond au moyen duquel on peut, par exemple, percevoir dans certaines péritonites chroniques le développement extrême des ganglions mésentériques tuberculeux. Quant à la pression sur la paroi abdominale, dans le but de s'assurer s'il existe de la douleur, il est inutile d'insister sur les précautions à prendre pour ne pas confondre les mouvemens d'impatience du petit malade avec ceux qui dépendent véritablement de la douleur. On devra palper le ventre pendant qu'on distrait l'enfant d'une façon ou d'une autre, et suivre en même temps les changemens de sa physionomie. Pour le nouveau-né on pourra, comme le conseille M. Valleix, l'exposer au grand jour en le tenant sur les bras, et exercer la pression pendant qu'il fixe avidement la lumière : on parvient ainsi à presser sur la paroi abdominale jusqu'à toucher la colonne vertébrale, et cela par secousses brusques chez des sujets qui, dans cet état, ne donnent plus aucun signe de sensibilité, tandis qu'auparavant, lorsqu'ils étaient couchés dans leur berceau, le moindre attouchement déterminait des cris furieux; quand le palper est véritablement douloureux il provoque chaque fois des cris aigus.

L'examen attentif des vomissemens et surtout des selles sera d'une importance extrême, puisque les matières contenues dans les couches (lait mal digéré, mucus, pseudomem-

branes, sang, ascarides, etc.) suffisent quelquefois seules pour établir le diagnostic. On ne négligera pas non plus l'inspection de la région anale pour reconnaître et les excoriations que le contact des matières excrémentitielles et le frottement des parties y déterminent si souvent; et la chute du rectum, accident commun des diarrhées. En entr'ouvrant les fesses, il n'est pas rare d'y apercevoir des vers trichurides dont la présence explique des phénomènes morbides dont la cause avait jusqu'alors échappé.

Chez les enfans comme chez les vieillards, le médecin ne perdra jamais de vue la fréquence des affections thoraciques et leur forme latente, insidieuse : aussi les voies respiratoires seront-elles explorées dans toute leur étendue avec le même soin. On regardera dans les fosses nasales pour juger de la couleur de la muqueuse, de sa sécheresse et de la nature des sécrétions, qui parfois est caractéristique, comme dans la diphthérite. Chez le nouveau-né qui est renfermé dans ses langes, et chez lequel il est difficile de constater le nombre et la force des mouvemens d'ampliation du thorax, on appréciera quelquefois d'une manière suffisante la dyspnée, d'après le degré de dilatation des ailes du nez : toujours au moins sera-t-il plus aisé de s'assurer ainsi du nombre des inspirations.

La voix, écoutée à distance, aura dans certaines maladies des caractères particuliers : tremblante, sifflante, rauque, dans les laryngites aiguës ou chroniques, elle est plus souvent complétement nulle dans le croup : la même aphonie existera à la période ultime de plusieurs affections. A défaut de la voix articulée, on étudiera le cri chez les nouveau-nés ; c'est un de leurs principaux moyens d'expression : ses variétés et sa valeur séméiologique ont été indiquées à l'article CRI de ce Dictionnaire. Les caractères de la toux sont, dans les affections laryngées, dans un rapport assez constant avec ceux de la voix : on connaît son timbre sifflant, métallique dans la laryngite striduleuse; rauque, étouffée, rentrant en dedans, etc., dans le croup (voy. ces mots).

L'absence des crachats dans la plupart des phlegmasies pulmonaires dont l'enfant est atteint, le défaut de rapport entre la dyspnée et les lésions anatomiques (dyspnée souvent à peine marquée dans des maladies thoraciques aiguës, dans des

pneumonies doubles, tandis qu'elle est parfois très forte au début d'affections étrangères aux voies respiratoires, des fièvres éruptives, par exemple); en un mot la variété des phénomènes dont l'ensemble constitue la séméiologie des maladies de poitrine, rendent indispensable la percussion et l'auscultation. La percussion du thorax se fait, chez le nouveau-né, de la manière suivante : on le soulève d'une main, et on percute immédiatement de l'autre pendant qu'il est ainsi suspendu en l'air; et dans l'impossibilité de se soustraire à l'observation. Chez l'enfant plus âgé, on percute, comme chez l'adulte, médiatement, soit avec le plessimètre, soit de préférence avec le doigt. Le peu d'épaisseur des parois thoraciques rend, à cet âge, la poitrine extrêmement sonore, circonstance qu'il ne faut pas oublier : celui qui l'ignorerait serait exposé à considérer cette sonorité normale comme morbide, et à la prendre pour un signe d'emphysème, tandis qu'elle doit d'autant moins faire croire à l'existence de cette lésion que l'emphysème pulmonaire se montre rarement dans l'enfance, du moins avec la même forme que chez l'adulte, et constituant à lui seul une maladie. Cette sonorité en excès, qui répond à l'état sain des organes pulmonaires, contraste d'une manière plus frappante avec la matité donnée par les parties altérées. Quant à l'auscultation, elle doit être pratiquée à peu près exclusivement avec l'oreille : l'enfant, qu'effrayent les manœuvres de l'observateur, se dérobe aux investigations par des mouvemens qui dérangent sans cesse le stéthoscope, tandis qu'il n'est pas impossible de suivre avec l'oreille constamment appliquée sur le thorax les mouvemens les plus agités. Les signes physiques révélés par l'auscultation sont et doivent évidemment être les mêmes que chez l'adulte : s'ils offrent quelques variétés, ce n'est guère dans leurs caractères proprement dits, mais plutôt dans leur siége à tel ou tel point du thorax, dans leur étendue, etc., différences en rapport avec les formes parfois différentes des affections pulmonaires du premier âge, comme la pneumonie, par exemple, qui est le plus souvent lobulaire et double.

L'exploration du système nerveux est celle qui exigera le plus d'attention et de patience de la part du médecin, en raison de son excessive difficulté. Et, en effet, comment s'assurer des troubles de l'intelligence à un âge où l'intelligence

est à peine naissante et n'a point acquis tout son développement? Comment constater le délire dans les maladies? Tout au plus pourra-t-on le deviner à l'agitation, aux cris de l'enfant, à la coïncidence d'autres phénomènes, soit cérébraux, soit manifestés par d'autres organes qui sont liés avec le cerveau par des relations de sympathie. Même difficulté pour juger positivement de l'intégrité des sens : souvent il faudra se servir de moyens particuliers, et, pour ainsi dire, de petites ruses : pour savoir si le malade entend, il faudra faire tout-à-coup derrière lui un grand bruit qui le forcera de tourner la tête; pour savoir s'il voit, promener devant ses yeux un objet brillant, une montre, un bijou, un papier coloré, qu'il suivra du regard; on pourra pareillement, pour apprécier la possibilité des mouvemens dans les bras, approcher de lui quelque objet désiré qu'il essaiera de saisir, si son membre obéit à la volonté. Chacun est libre de varier à son gré tous ces moyens d'arriver au but final, le diagnostic, et d'employer, en outre, ceux qui sont mis en usage chez l'adulte pour constater le degré des forces ou de la faiblesse, et les troubles plus profonds de la sensibilité et de la motilité. Mais, nous le répétons, l'attention de l'observateur devra ici redoubler, et être en raison directe des obtacles qui s'opposent à une exploration rapide et sûre.

Les maladies des autres appareils étant beaucoup moins fréquentes que celles des systèmes pour lesquels nous venons d'esquisser quelques règles d'observation, nous nous bornerons aux indications précédentes. Il est superflu d'ajouter que les résultats de cet examen direct des différens organes de l'enfant devront être confirmés par les renseignemens des personnes qui veillent le petit malade, renseignemens précieux qui nous guideront et nous éclaireront dans notre diagnostic; et c'est surtout de l'instinct maternel, qui ne laisse rien échapper, que le médecin doit attendre le plus de lumières; si incessante est la vigilance des mères, que leur concours est presque indispensable; et, on peut le dire sans exagération, la médecine des jeunes enfans offre tant de difficultés qu'il faudrait presque y renoncer s'il n'y avait point de mères.

Considérations générales sur les moyens thérapeutiques que réclament les maladies des enfans. — Les moyens thérapeutiques sont les mêmes que ceux qui conviennent dans les affec-

tions des autres âges, mais cependant avec des modifications qu'exigent la faiblesse et l'irritabilité de la constitution des jeunes sujets. Tous les moyens physiques connus d'obtenir des émissions sanguines peuvent être employés chez eux, excepté la saignée par la lancette, qui ne peut être mise en pratique que très rarement chez les nouveau-nés. On a recours alors aux sangsues et aux ventouses. Les saignées sont une ressource aussi précieuse dans la médecine des enfans que dans celle des autres âges. Leurs maladies inflammatoires frappent souvent avec la rapidité de la foudre, et dans certaines bronchites ou pneumonies, dans la méningite, le croup et quelques inflammations abdominales, il faut souvent recourir avec promptitude aux saignées locales ou générales; mais il ne faut jamais oublier que les très jeunes enfans, bien que plus excitables que les vieillards, tombent promptement comme eux dans la faiblesse, et que les émissions sanguines trop abondantes les jettent quelquefois dans un état de prostration dont il est ensuite difficile de les tirer. J'ai vu succomber des enfans très jeunes à un état de syncope déterminé par une application de quelques sangsues seulement, et j'en ai vu beaucoup d'autres ne se relever que très difficilement, à l'aide même des excitans cutanés les plus énergiques. Lorsque les saignées trop copieuses n'ont pas des suites aussi funestes, elles offrent néanmoins l'inconvénient de donner lieu à des œdèmes et à des hydropisies, et de prolonger beaucoup la convalescence. L'emploi convenable et bien raisonné des émissions sanguines dans l'enfance est donc un des points les plus importans et les plus délicats de la thérapeutique. A mesure que l'enfant se rapproche de l'âge de la puberté, sa constitution est aussi plus voisine de celle de l'adulte, et alors les saignées peuvent être mises en usage avec plus d'assurance et d'avantages.

Les émolliens fournissent à la médecine des enfans les premiers secours, et même les plus utiles dans la plupart de leurs maladies inflammatoires. Les bains simples ou médicamenteux sont surtout recommandables chez eux, à cause de la fréquence des affections cutanées, dans lesquelles ces moyens thérapeutiques ne sauraient être remplacés par aucun autre. Ils sont également utiles pour calmer les excitations cérébrales, soit pendant le travail de la dentition, soit après, soit dans beaucoup de maladies, et parfois même dans les phlegmasies

pulmonaires et la coqueluche, lorsque la peau est brûlante et sèche. On rencontre cependant quelques enfans, mais en petit nombre, qui, comme certains adultes, ne peuvent supporter aucune espèce de bains tièdes; ils les affaiblissent, les accablent, les jettent dans la tristesse. D'autres, au contraire, sont tellement agités par les bains tièdes, que ce moyen les prive de sommeil. Il faut donc, quand on commence l'usage des bains chez les enfans, observer avec soin les effets qu'ils en éprouvent, et consulter aussi l'idiosyncrasie des parens dont les enfans se rapprochent souvent beaucoup plus qu'on ne pense. Chez ceux qui se trouvent dans le cas des exceptions que nous signalons, et chez lesquels il n'est pas possible d'employer les bains tièdes, il faut se contenter de lotions sur tout le corps avec de l'eau chaude, à la manière anglaise, ou tenter les bains froids dans les circonstances convenables, et quand la température le permet.

Les irritans cutanés, tels que les épispastiques, sont très souvent utiles chez les enfans; l'action des caustiques et du feu n'est pas même à repousser de leur thérapeutique; et le fer incandescent, dans quelques cas, comme dans la gangrène des parois de la bouche, ou de la vulve, est le meilleur moyen à opposer à ces maladies; mais il faut cependant éviter de multiplier sans nécessité les irritans cutanés, même les plus simples, surtout ceux qui dénudent une grande surface du derme, comme les vésicatoires, parce que la peau se gangrène facilement chez les jeunes enfans. C'est à cause de cette tendance aux ulcérations gangréneuses que nous préférons presque toujours aux frictions avec la pommade stibiée celles avec l'huile de croton tiglium, qui, le plus souvent, donne lieu à une éruption seulement vésiculeuse.

Les irritans dirigés sur la membrane muqueuse des organes gastro-intestinaux ne doivent être mis en usage qu'avec précaution. Les enfans, à la vérité, vomissent très facilement, et d'autant plus facilement qu'ils sont plus jeunes; mais il ne faut pas abuser chez eux des vomitifs et des purgatifs, à cause de la fréquence des phlegmasies de l'intestin grèle et du gros intestin. Il faut, dans les éruptions cutanées, administrer des purgatifs avec ménagement : j'ai vu plus d'une fois leur emploi inconsidéré déterminer dans ces circonstances des colites chroniques très graves et même mortelles. A part la circon-

stance des éruptions cutanées, aiguës ou chroniques, les purgatifs réussissent, en général, très bien chez les enfans, et rendent de grands services, surtout comme dérivatifs dans les affections cérébrales. C'est ce qui explique la réputation étendue du calomel en Angleterre.

Les irritans plus énergiques encore que les purgatifs, comme les sels mercuriels ou arsénicaux, la noix vomique, etc., doivent être proscrits chez les très jeunes enfans, ou au moins ne doivent être mis en usage qu'avec une grande précaution, à cause de l'extrême susceptibilité de la membrane muqueuse digestive et de la réaction de ces irritans sur le système nerveux.

Il est prudent de s'abstenir, en général, des excitans alcooliques chez les jeunes enfans; certains d'entre eux sont si excitables, que j'ai vu plusieurs fois quelques grammes seulement de sirop d'ipécacuahana, auquel des pharmaciens ajoutent souvent un peu d'alcool pour le conserver, jeter des enfans nouveau-nés dans le sommeil et l'ivresse au lieu de produire le vomissement.

Les narcotiques, et surtout les plus énergiques, ne doivent être mis en usage qu'avec réserve chez les plus petits enfans; plusieurs de ces médicamens peuvent produire des accidens, même à doses très peu élevées, car le système nerveux, à cet âge, est plus impressionnable encore qu'à tout autre.

On conçoit de quelle importance est le régime alimentaire: aussi, avant de parler de la diète dans les maladies, quelques considérations sont nécessaires sur l'alimentation des enfans dans l'état de santé. Pour les nouveau-nés, la nourriture qui convient le mieux est, sans contredit, le lait de leur mère ou de leur nourrice; il faut, en général, éviter de leur donner d'autres alimens. Mais il ne faut pas perdre de vue l'influence très différente de divers laits de femme chez certains enfans. J'en ai vu qui vomissaient le lait de leur mère, et qui digéraient celui d'une nourrice; tel enfant dépérit au sein d'une belle nourrice dont le lait paraît avoir toutes les qualités physiques requises, et il reprend une santé florissante en tetant une nourrice qui semble sous tous les rapports bien inférieure à l'autre. Si les circonstances s'opposaient à ce que les enfans pussent prendre le sein, il faudrait leur donner seulement du bon lait de vache coupé avec de l'eau sucrée chaude. Beaucoup d'entre eux se trouvent très mal des décoctions d'orge,

de gruau ou d'autres substances féculentes qu'on ajoute au lait de vache; elles rendent la digestion beaucoup plus difficile, et donnent ensuite lieu à des vomissemens ou à des diarrhées très rebelles, qui se terminent quelquefois par des ramollissemens de la membrane muqueuse gastro-intestinale promptement mortels.

L'époque à laquelle on doit commencer à donner des alimens aux enfans à la mamelle doit être différente suivant la constitution et le tempérament des enfans qu'il faut étudier dès les premiers temps de la vie. On doit, en général, éviter de donner des alimens aux enfans délicats, avant cinq à six mois, parce que dans les premiers temps de l'existence, leurs organes sont souvent trop faibles pour bien digérer autre chose que le lait. Il faut également se garder de tenir les enfans uniquement au sein, et sans autre nourriture jusqu'à un an. Les enfans élevés seulement avec du lait sont d'ordinaire très gras, très frais, et d'une santé en apparence florissante; mais ils sont plus lymphatiques que d'autres, et d'une constitution plus faible. Les enfans qui ont peu d'appétit repoussent généralement toute autre espèce de nourriture que le lait, et ne peuvent pas même la supporter; il ne faut donner à ceux-là que le sein, en leur offrant cependant toujours quelque chose à boire, ne fût-ce que de l'eau sucrée pour leur faire contracter de bonne heure l'habitude de boire, ce qui est souvent très utile lorsqu'ils tombent malades, ou qu'ils sont momentanément privés du sein. Certains enfans très voraces, ou dont les nourrices n'ont pas suffisamment de lait, doivent prendre des alimens dès les premiers mois de leur naissance; mais il est prudent de commencer toujours par quelques cuillerées de substances liquides, et une fois par jour d'abord. Les premiers alimens qui conviennent, en général, le mieux aux enfans, sont les bouillies faites avec les fécules de pommes de terre ou d'arrow-root, la farine de froment, ou mieux encore la mie de pain sèche, et réduite ensuite en colle claire par la cuisson prolongée dans l'eau. On ajoute à ces bouillies bien cuites un peu de lait de vache et du sucre. Chez les enfans faibles, sujets aux coliques avec tympanite, il est souvent bon d'ajouter 5 à 10 centigram. d'anis concassé, qu'on laissera macérer quelques minutes seulement dans la bouillie très chaude, et qu'on jettera ensuite. D'autres

enfans ne peuvent supporter que le lait; d'autres ne digèrent bien que les fécules, le bouillon de bœuf ou de poulet.

L'époque du sevrage ne peut pas être la même pour tous les enfans. Il en est qu'on peut sevrer très jeunes sans inconvénient : ce sont ceux qui mangent bien, et qui mangent de tout sans être incommodés. On en voit même dans cette classe qui ne peuvent teter plusieurs mois sans être inoommodés; j'en ai rencontré qui se sevraient spontanément dès l'âge de quatre à cinq mois, et auxquels le lait de femme ne pouvait plus convenir. Ceux, au contraire, qui ne veulent pas manger, qui sont facilement dévoyés par les plus légers alimens, ne peuvent être sevrés que très tard et par degrés. Le régime de ces enfans exige alors une grande surveillance; beaucoup tombent malades au moment du sevrage, parce qu'on se hâte trop tôt d'augmenter la quantité des alimens, tandis qu'il est très important de ne rien ajouter à leur alimentation ordinaire; il suffit seulement de remplacer le lait de la nourrice par quelques tasses de lait coupé. L'oubli de ce précepte donne lieu à des indigestions successives qui jettent souvent l'enfant dans un tel état de faiblesse qu'on est obligé de lui donner une nouvelle nourrice pour lui sauver la vie. J'ai rencontré quelques enfans difficiles à sevrer, auxquels j'ai été obligé de rendre plusieurs fois le sein et de donner successivement jusqu'à sept nourrices. Ces enfans ont pu ensuite être parfaitement bien sevrés à l'âge de deux à trois ans, et ont fini par jouir d'une santé florissante.

Quant au régime alimentaire dans les maladies, il est encore plus nécessaire chez les enfans qu'à tout autre âge. On a vraiment compromis l'autorité du grand oracle de Cos en prétendant, d'après lui, qu'il fallait toujours donner quelques alimens aux enfans dans toutes leurs maladies. Cette règle générale ne saurait être appliceble à tous les cas, et doit être souvent modifiée suivant les circonstances. Il serait dangereux, sans doute, de soumettre à une diète absolue et rigoureuse les enfans à la mamelle qui, dans les premiers temps, tettent souvent de deux heures en deux heures. Dans la plupart des cas il suffit, en effet, de diminuer la quantité du lait, et de le remplacer par des boissons légères et moins nourrissantes; mais quand les organes de la respiration ou de la digestion sont compromis par des inflammations graves, comme

dans la pneumonie, le croup, la gastro-entérite, etc., la diète absolue est aussi indispensable chez les jeunes enfans que chez les adultes. Dans les affections qui ont une marche plus lente, mais qui intéressent spécialement le poumon ou le tube digestif, il est aussi quelquefois nécessaire de prolonger la diète absolue, sans laquelle il est presque impossible d'obtenir jamais une guérison complète. On voit des enfans affectés depuis long-temps d'entérite ou de colite, qui dépérissent rapidement pendant tout le temps qu'on les nourrit, et qui guérissent ensuite par l'effet de la diète seulement. La plus légère boisson gommée ou sucrée, une très petite quantité d'hydrogale, suffisent souvent pour entretenir la vie chez les enfans. Ils soutiennent même, en général, la diète, beaucoup mieux et beaucoup plus long-temps qu'on ne pourrait le croire, et peut-être même, comparativement, tout aussi bien que les adultes. Le jeune enfant, en effet, n'est presque exposé à aucune déperdition par la peau, et celle qui a lieu par les poumons est très peu abondante; son accroissement, dans les premiers temps de la vie, est peu considérable. Il est presque constamment immobile ou endormi dans son berceau ou sur les bras de sa nourrice. Son état se rapproche de celui des animaux dormeurs pendant l'hibernage. Il faut donc se défendre de l'idée populaire que les jeunes enfans doivent toujours prendre des alimens dans toutes les maladies. Ce préjugé a certainement été la cause de la mort de beaucoup de ces petits malades.

A mesure que l'enfant avance en âge, et qu'il se rapproche de la puberté, il se trouve, par sa constitution, dans des conditions très voisines de celles de l'adulte; il doit être soumis, par conséquent, dans les affections aiguës ou chroniques, à peu près au même régime alimentaire que lui, en observant cependant que ce régime ne peut pas être aussi sévère, parce que l'enfant, à l'approche de la puberté, éprouve des déperditions très considérables, par suite de l'accroissement, plus rapide à cet âge qu'à aucun autre.

Une autre influence hygiénique très puissante pour la thérapeutique des enfans est celle de l'air. Il n'est pas d'âge où l'air pur soit plus nécessaire que dans l'enfance, d'abord parce qu'on absorbe promptement plus d'air à cet âge qu'à aucune autre époque de la vie dans un temps donné, et en-

suite parce que des causes particulières dépendantes de la faiblesse même de l'enfance tendent à vicier promptement l'air qu'elle respire; les excrétions assez abondantes et fétides au milieu desquelles le jeune enfant est souvent plongé altèrent nécessairement l'atmosphère qui l'entoure, et cette influence des émanations stercorales et urinaires est encore plus nuisible dans l'état de maladie où elles acquièrent ordinairement une odeur plus forte. Les enfans, en effet, absorbent avec une grande facilité. Si l'atmosphère dans laquelle ils sont plongés n'est pas très pure, et surtout si elle est chargée des miasmes qui s'échappent continuellement des corps vivans malades, bientôt leur constitution s'altère; ils dépérissent et contractent alors très facilement toutes les maladies contagieuses auxquelles ils sont si fréquemment exposés. On n'a que trop de preuves de la vérité de cette observation dans ce qui arrive dans les hôpitaux consacrés au jeune âge. Malgré toutes les précautions possibles pour entretenir la salubrité dans ces grandes réunions d'enfans, il y règne presque constamment, et d'une manière endémique et épidémique, des ophthalmies, des blépharophthalmies, des angines couenneuses, des pneumonies, du muguet; et si la rougeole, la scarlatine, la variole, viennent à se développer sur des individus déjà atteints de quelque affection morbide antécédente, on observe que ces maladies éruptives sont alors très graves et le plus souvent mortelles : c'est aussi sous l'influence de ces causes morbifiques et débilitantes, et au milieu d'une atmosphère impure, que les affections scrofuleuses se manifestent le plus ordinairement, et font de plus rapides progrès. Aussi doit-on mettre en première ligne l'influence de l'air pur de la campagne pour la guérison des maladies chroniques chez l'enfant des gandes cités. Plus il est affaibli par de longues maladies, plus l'état d'épuisement dans lequel il est tombé est considérable, plus l'effet d'une atmosphère plus vivifiante est puissant sur lui. Bien convaincu de cette vérité par l'expérience, j'ai fait transporter à la campagne, au milieu de l'hiver même, des enfans moribonds par suite de dysenterie, de diarrhée, de bronchite, de pneumonies lobulaires, de coqueluche, qui n'ont dû leur salut qu'à ce puissant moyen thérapeutique, et qui, dans mon entière conviction, auraient succombé s'ils étaient restés à Paris. GUERSANT.

I. *Hygiène des enfans. Éducation physique.*

Mercado ou Mercatus (Louis). *De puerorum educatione et custodiâ.* Valladolid, 1611, in-fol.

Cadogan (Guill.). *An essay on the nursing and management of children, from their birth to three yars of age.* Londres, 1748, 1750, 1753, 1772, 1779, in-8°. Trad. en fr., à la suite de l'*Essai sur les fièvres*, de Huxham. Paris, 1768, in-12.

Brouzet. *Essai sur l'éducation médicinale des enfans, et sur leurs maladies.* Paris, 1754, in-12, 2 vol.

Vandermonde (Ch. Augustin). *Essai sur la manière de perfectionner l'espèce humaine.* Paris, 1756, in-12, 2 vol.

Ballexserd (Jacq.). *Dissertation sur l'éducation physique des enfans, depuis leur naissance jusqu'à l'âge de puberté.* Paris, 1762, in-8°. Avec notes de David. Genève et Paris, 1780, in-8°. — *Diss. sur cette question : Quelles sont les causes principales de la mort d'un aussi grand nombre d'enfans, et quels sont les préservatifs les plus efficaces et les plus simples pour leur conserver la vie.* Genève, 1775, in-8°.

Camper (P.). *Diss. de regimine infantum* (1762). Dans ses *Diss.*, t. I, n° 1, reproduit dans ses *Œuvres d'histoire nat., de phys., objet d'anat. comparée*, publié par H. J. Jansen, sous le titre : *Mémoire sur l'éducation physique des enfans.* 1803, t. III, p. 217.

Gattenhoff (G. M.). Resp. J. P. Frank. *Diss. curas infantum physicomedicas exibens.* Heidelberg, 1766, in-4°. Dans *Coll. diss. Heidelb.*, t. I, n° 5. Réimp. dans les *Delect. opusc.*, de Frank, t. XII. Trad. en allem. par J. G. Gruber. Leipzig, 1794, 1803, in-8°. Trad. de l'allem. en français, par Boehrer, sous ce titre : *Traité sur la manière d'élever sainement les enfans.* Strasbourg, 1799, in-8°.

Raulin (Jos.). *Traité de la conservation des enfans, ou les moyens de les fortifier et de les préserver et guérir des maladies, depuis l'instant de leur existence jusqu'à l'âge de puberté.* Paris, 1768-9, in-12, t. I et II (les 4 vol. qui devaient suivre n'ont pas paru), 2e édit. Ibid., 1779, in-12, 3 vol.

Fourcroy (Ant. Fr. de). *Les enfans élevés dans l'ordre de la nature ou Abrégé de l'histoire naturelle des enfans du premier âge, etc.* Paris, 1774, Ibid., 1783, in-12.

Deleurye (Fr. Aug.). *La mère selon l'ordre de la nature, avec un traité sur les maladies des enfans.* Paris, 1772, in-12.

Daignan (Guill.). *Tableau des variétés de la vie humaine, avec les avantages et les désavantages de chaque constitution ; et des avis très importans aux pères et aux mères sur la santé de leurs enfans de l'un et de l'autre sexe, surtout à l'âge de puberté, etc.* Paris, 1786, in-8°, 4 vol. —

Gymnastique des enfans convalescens, infirmes, faibles et délicats. Paris, 1787, in-8°.

SAUCEROTTE (Nicolas). *De la conservation des enfans pendant la grossesse, et de leur éducation physique, depuis la naissance jusqu'à l'âge de six à huit ans.* Paris, 1797, in-16. Ibid., 1820, in-8°.

CAILLAU (Jean-Marie). *Avis aux mères de famille sur l'éducation physique, morale, et les maladies des enfans, depuis le moment de leur naissance jusqu'à l'âge de six ans.* Bordeaux, 1796, in-12. — *Journal des mères de famille, etc.* Bordeaux et Paris, 1797-98, in-8°, 4 vol. — *Avis aux mères de famille, aux pères, aux instituteurs de l'un et de l'autre sexe, à tous ceux qui s'occupent de l'éducation physique et morale, de l'instruction et de la santé des enfans.* Bordeaux, 1799, in-8°.

SCHMIDTMUELLER (J. Ant.). *Taschenbuch für die physische Erziehung der Kinder zunächst der Säuglinge.* Furth, 1803, in-12.—*Taschenbuch, etc. zunächst vom ersten bis zum siebenten Lebensjahre.* Ibid., 1803, in-8°. Ces deux ouvrages sont réunis sous le titre : *Handbuch für Mütter zur zweckmässigen Behandlung der Kinder in den ersten Lebenjahren.* Ibid., 1804, in-8°.

HECKER (A. F.). *Die Kunst unsere Kinder zu gesunden Staatsbürgern zu erziehen, und ihre gewöhnlichsten Kinderkrankheiten zu heilen.* Erfurt, 1805, in-8°.

LEROY (Alph). *Médecine maternelle,* ou l'*Art d'élever et de conserver les enfans.* Paris, 1803, in-8°.

HENKE (Ad.). *Taschenbuch für Mütter über die physische Erziehung der Kinder in den ersten Lebensjahren, und über die Verhütung, Erkenntniss und Behandlung der gewöhnlichsten Kinderkrankheiten.* Francfort, 1810, in-8°. Édit. augm. Ibid., 1832, in-8°, 2 vol.

GOELIS (Leop. Ant.). *Vorschläge zur Verbesserung der körperlichen Kindererziehung in den ersten Lebensperioden.* Vienne, 1811, in-8°, Ibid., 1823, in-8°, fig.

FRIEDLAENDER (Mich.). *De l'éducation physique de l'homme.* Paris, 1815, in-8°. Trad. en allem. Leipzig, 1819, in-8°.

RATIER (F. S.). *Essai sur l'éducation physique des enfans.* Paris, 1821, in-8°.

LADEVEZE (M. J.). *Mémoire sur l'éducation physique des enfans.* Bordeaux, 1821, in-8°.

SPURZEIM (G.). *Essai sur les principes élémentaires de l'éducation.* Paris, 1822, in-8°.

MEISSNER (F. L.). *Ueber die physische Erziehung der Kinder in den ersten Lebensjahren.* Leipzig, 1824, in-8°, fig.

COURTEILLE (C. P. de). *Hygiène des collèges et des maisons d'éducation.* Paris, 1827, in-8°, pp. xx-171. fig. lith.

DELACOUX (A.). *Éducation sanitaire des enfans.* Paris, 1827, in-8°.

VILLERMÉ (L. R.). *Influence des marais sur la vie des enfans.* Dans

Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég. 1834, t. XII; p. 31. — *Sur la durée trop longue du travail des enfans dans beaucoup de manufactures.* Ibid., t. XVIII, p. 164. — *De la mortalité des enfans trouvés, etc.* Ibid., t. XIX, p. 47.

COMBE (Andr.). *A treatise on the physiological and moral management of infancy.* Édimbourg, 1840, in-4°.

Un nombre considérable de dissertations présentées aux diverses Facultés de médecine ont pour sujet l'hygiène des enfans. Nous ne croyons pas utile de les indiquer. Voyez, en outre, les traités généraux d'hygiène. — Nous devons également indiquer, quoique ces ouvrages aient principalement trait à l'éducation morale, les célèbres livres de Locke et de J.-J. Rousseau (*de l'Éducation des enfans*, trad. par Coste. — *Émile ou de l'éducation*).

II. *Pathologie générale des enfans, mélanges, etc.*

RANCHIN (Fr.). *De morbis puerorum.* Dans *Opusc. med.* Lyon, 1627, in-4°.

HOFFMANN (Fréd.). *Praxis clinica morborum infantum.* Halle, 1715, in-4°. Et *Opp.* Suppl. II, p. 579.

JUNCKER (J.). *De quatuor præcipuis infantum morbis.* Halle, 1758, in-4°.

ZEVIANI (Ver.). *Delle numerose morti dei bambini. Diss.* Vérone, 1775, in-8°, pp. 72.

NEHR (J. J.). *Diss. quare plerique moriuntur infantes et eorum qui adolescunt, quare plures sunt morbosi?* Prague, 1778. Réimpr. dans *Diss. frag.*, t. II, n° 12.

CAILLAU (J. M.). *Premières lignes de nosologie enfantine.* Bordeaux, 1797, in-12. — *Plan d'un cours de médecine enfantile.* Ibid., 1800, in-8°. — *Medicinæ infantilis brevis delineatio, cui subjunguntur considerationes quædam de infantiâ et morbis infantilibus.* Paris, 1803. — *Rapport sur la mortalité des enfans, qui a eu lieu à Bordeaux pendant les cinq derniers mois des années* IV et V (1796, 1797). Bordeaux, 1797, in-8°. — *Considérations sommaires sur les enfans à grosse tête, et aperçu sur une influence de quelques maladies sur le physique et le moral de l'enfance.* Ibid., 1806, in-8°. — *Réflexions sur la mort prématurée de quelques enfans célèbres.* Ibid., 1818, in-8°.

AUVITY (J. P.). *Considérations sur les maladies propres aux enfans, dans les premiers momens de leur vie.* Paris, 1808, in-8°.

WATT. (Rob.). *An inquiry into the relative mortality of the principal diseases of children.* Glascow, 1813, in-8°.

HARLESS (Joh.). *Einige prakt. Bemerkungen über innere Entzündungen bei Kindern.* Nuremberg, 1810, in-4°.

BAREZ (Steph. Fred.). *Diss. nonnulla ad morbos infantum spectantia proponens.* Berlin, 1820, in-8°.

TAUPIN. *Du diagnostic des maladies des enfans.* Dans *Revue méd.* 1839, t. I, p. 55.

RIECKE (Ad. Von). *Analekten über Kinderkankreiten, oder Sammlung auserwählter Abhandlungen über die Krankeiten des kindlichen Alters; zusammengestellt zum Gebrauche für praktische Aerzte.* Helft I-XI. Stutgard, 1834-6, in-8°. — *Recueil de Mém. tirés des ouvrages les plus estimés, des publications des sociétés, des journaux, etc. des divers pays.*

La fièvre typhoïde ou dothinentérie ayant été le sujet de recherches récentes qui n'ont pu être indiquées à l'article DOTHINENTÉRIE, nous croyons devoir mentionner ici ces travaux.

TAUPIN. *Recherches cliniques sur la fièvre typhoïde observée dans l'enfance.* Dans *Journ. des connaiss. méd.-chir.* 1839-40. Ann. VII, p. 177 et 241.

RILLIET. *Diss. sur la fièvre typhoïde chez les enfans.* Thèse. Paris, 1840, in-4°; — et BARTHEZ, *Nouvelles observations sur quelques points de l'histoire de l'affection typhoïde chez les enfans du premier âge.* Dans *Arch. gén. de méd.* 1840, 3e sér., t. IX, p. 155.

LOUIS (P. C. A.). *Recherches anat., pathol. et thérapeutiques sur la maladie connue sous les noms de fièvre typhoïde, etc.* 2e édit. Paris, 1841, in-8°, 2 vol.

III. *Traités généraux des maladies des enfans.*

RHAZES *ou* ABUBEKER MOHAMMED BEN ZACHARIA. *Liber de morbis infantum.* Dans les recueils des principaux traités de Rhazès. Milan, 1481, in-fol. Venise, 1497, in-fol., et dans ceux qui ont pour titre: *Opera parva Abubetri, etc.* Lyon, 1510, in-8°, et *Abubetri Rhasæ Maomethi opera exquisitiora, etc.* Bâle, 1544, in-fol.

FERRARIUS (Omnibonus). *De arte medica infantum libri* IV, *duo de tuenda eorum sanitate, duo de morbis.* Brescia, 1577, in 4°. Leipzig, 1615, in-4°. — *De arte medica infantum aphorismorum particulæ tres.* Brescia, 1577, in-4°. Viteberg, 1604, in-8°.

MERCURIALI (Jérôme). *De morbis puerorum libri* II. Venise, 1533, in-4°, libri III. Cur. J. Chrosczsieyoroskii. Ibid., 1583, in-4°, et 1615, in-4°. Francfort, 1584, in-8°. — Avec les traités *De morbis mulierum, etc.* Lyon, 1618, in-4°.

HARRIS (Gautier). *De morbis acutis infantum.* Londres, 1689, in-8°, 2e édit., augm. Ibid., 1705, in-8°. Plusieurs autres éditions ont été publiées à Genève, Amsterdam, Rotterdam. Trad. en fr. par J. Devaux. Paris, 1720, 1730, in-8°, 1738, 1754, in-12.

ROSEN de ROSENSTEIN (Nicolas). *Underrättelse, etc.* Stockholm, 1764, 1771, in-8°. Trad. en allem. par J. A. Murray. Gottingue, 1766, 1768, 1774, 1781, 1785, in-8°, 6e édit., avec rem. de J. Chr. Loder et W H. S.

Bucholz. Ibid., 1798, in-8°. Trad. en holl. par E. Sandifort. Amsterdam, 1768, in-8°; en angl., par Sparmann. Londres, 1780, in-8°; en italien, par G. B. Peletta. Bass., 1783, in-8°. Trad. en fr. par J. B. Lefebure de Villebrune, sous le titre : *Traité des maladies des enfans et de leur traitement.* Paris, 1780, in-8°.

Armstrong (Georg.). *Essay on the diseases most fatal to infants.* Londres, 1768, 1777, in-8°. New edit., by A. P. Buchan. Ibid., 1808, in-8°.

Underwood (Michel). *Treatise on the diseases of children.* Londres, 1784, in-8°. *A new edit. rev. and elarged.* Ibid., 1789, 1795, in-12, 2 vol. Ibid., 1799, in-12, 3 vol. Edit. by S. Merriman. Ibid., 1827, in-8°. *Ninth edit with additions*, by d^r Marshall Hall. Ibid., 183., in-8°. Trad. en fr. par Lefebure de Villebrune. Paris, 1786, in-8°. Trad. et entièrement refondu, complété et mis sur un nouveau plan, par Eusèbe de Salle, avec des notes de M. Jadelot et un discours préliminaire contenant l'exposition de la nouvelle séméiologie physiognomonique. Paris, 1823, in-8°, 2 vol.

Schaeffer (J. Ulr. Theoph.). *Beschreibung und Heilart der gewöhnlichsten Kinderkrankheiten.* Ratisbonne, 1792, in-8°. Neue vermehrte Ausg. Ibid., 1808, in-8°.

Girtanner (Christ.). *Abhandlung über die Krankheiten der Kinder und über die physische Erziehung derselben.* Gottingue, 1794, in-8°.

Chambon de Montaux (Nicol.). *Maladies des enfans.* Paris, 1798, in-8°, 2 vol.

Nisbet (Guill.). *The clinical guide; or a concise view of the leading facts on the history, nature and cure of diseases, etc.* Édimbourg et Londres, 1793, 1796, 1800, in-12.

Jahn (Fr.). *Neues System der Kinderkrankheiten, nach Brownischen Grundsätzen und Erfahrungen ausgearbeitet.* Rudolstadt, 1803, 1807, 1819, in-8°.

Fleisch (Carl. Beruh.). *Handbuch über die Krankheiten der Kinder und über die medicinisch-physische Erziehung derselben bis zu den Jahren der Mannbarkeit.* Leipzig, 1803-12, in-8°, 4 vol.

Heberden (W. Jun.). *Morborum puerilium epitome.* Londres, 1804, in-8°. En angl. Ibid., 1805, in-8°.

Plenk (J. J.). *Doctrina de cognocendis et curandis morbis infantum.* Vienne, 1807, in-8°.

Becker (Gld. Wilh.). *Die Kraukheiten der Kinder, ihre Kenntniss und der Heilung, etc.* Pirna, 1807-9, in-8°, 2^e part. Ibid., 1817, in-8°.

Boer (H. X.). *Versuch einer Darstellung des kindlichen Organismus in phys. path. und therap. Hinsicht.* Vienne, 1813, in-8°. Ibid., 1818, in-8°.

Marruncelli (G.). *Compendio delle maluttie delle bambini.* Naples, 1808, in-8°.

Hamilton (James). *Hints for the treatment of the principal diseases of infancy.* Londres, 1810, in-8°.

FORMEY (J. L.). *Allgemeine Betrachtungen über die Natur und die Behandlung der Kinderkrankheiten*. Berlin, 1811, in-8°.

CAPURON (Jos.). *Traité des maladies des enfans*. Paris, 1813, in-8°.

FEILER (John). *Pädiatrik, oder Auleitung zur Erkennung und Heilung der Kinderkrankeiten*. Sulzbach, 1814, in-8°, fig.

CLARKE (John). *Commentaries on some of the most important diseases of children*. Part. I. Londres, 1815, in-8°.

GOELIS (L. Ant.). *Praktische Abhandlungen über die vorzüglicheren Krankeiten des kindlichen Alters*. Vienne, 1815-18, in-8°, 2 vol. Ibid., 1820-24, in-8°, 2 vol., fig. (Nous avons indiqué cet ouvrage à cause de son titre seulement; car il est entièrement consacré aux maladies désignées par le nom d'*hydrocéphale*, aux hydrocéphales aiguës, chroniques, externes, internes.)

HENKE (Adolph.). *Handbuch zur Erkenntniss und Heilung der Kinderkrankheiten*. Francfort, 1809, 3e édit. Ibid., 1820, in-8°, 2 vol. — *Ueber die Entwickelungen und Entwickelungskrankheiten des menschlichen Organismuses*. Nuremberg, 1814, in-8°. — *De inflammationibus internis infantum commentatio*. Erlangue, 1817, in-8°.

WENDT (Jean). *Die Kinderkrankheiten, systematisch dargestellt*. Breslau, 1822, in-8°. 3e *Mit den Beobachtungen der nuesten Zeit verm. Ausg.* Ibid., 1835, in-8°, fig.

DUNGLISON (R.). *Commentaries on the diseases of the stomach and bowels of children*. Londres, 1824, in-8°.

DEWEES (W. P.) *A treatise on the physical and medical treatment of children*. Philadelphie, 1825, in-8°.

JOERG (J. Chr. Guf.). *Handbuch zum Erkennen und Heilen der Kinderkrankheiten, nebst der Physiologie, Psychologie und Diätet. Behandlung des Kindes*. Leipzig, 1826, in-8°, 2e édit., sous le titre : *Ueber das physiol. und pathol. Leben des Kindes*. Ibid., 1836, in-8°.

BILLARD (Ch.). *Traité des maladies des enfans nouveau-nés et à la mamelle*. Paris, 1827, in-8°. Ibid., 1833, in-8°. Ib., 1837, in-8°, avec Atlas.

MEISSER (Fréd. L.). *Die Kinderkrankhein nach den nuesten Ansichten und Erfahrungen, etc.* Leipzig, 1828, in-8°, 2 part.

MORLEY (M.). *On the diseases of children*. Londres, 1830, in-8°.

EVANSON (Rich. T.) et MAUNSELT (Henr.). *A practical treatise of the management and diseases of children*. Dublin, 1836, in-12, 3e édit. Dublin et Londres, 1840, in-8°.

BERTON (A.). *Traité élémentaire des maladies des enfants, ou recherches sur les principales affections du jeune âge, etc.* Paris, 1837, in-8°.

VALLEIX (Fr. L. Isid.). *Clinique des maladies des enfans nouveuu-nés*. Paris, 1838, in-8°.

RICHARD (N.). *Traité des maladies des enfans*. 1839, in-8°.

Voyez, en outre, la bibliographie des art. NOUVEAU-NÉ et OBSTÉTRIQUE. R. D.

PAIN. — Le pain est cet aliment qu'on obtient avec la farine des céréales, transformée en pâte au moyen de l'eau, soumise ensuite à l'action d'un ferment, et enfin exposée à une température assez élevée pour en opérer la cuisson.

Bien que nous n'ayons pas le dessein d'entrer ici dans les détails de l'art important de la panification, nous croyons cependant qu'il est utile d'en donner un aperçu, afin de mieux faire comprendre les faits que nous exposerons dans le cours de cet article; nous prendrons, d'ailleurs, pour exemple la préparation du pain de froment, dont la farine peut être regardée comme le type de toutes celles que l'homme emploie pour servir à son alimentation.

La farine de froment est formée essentiellement de *gluten* et d'*amidon :* le premier de ces principes lui communique la propriété de produire avec l'eau une pâte homogène et élastique; de plus, par son action sur le second, et sous la double influence de la chaleur et de l'eau, il donne naissance à une certaine proportion de matière sucrée (Kirchoff, Sprengel). Le ferment, *levain* ou *levure de bière,* réagissant dans la pâte à laquelle on le mêle sur ce sucre, aussi bien que sur celui qui existe naturellement en petite proportion dans la farine, détermine la production de l'alcool, de l'acide acétique et des gaz acide carbonique et hydrogène (Sprengel). Ces fluides élastiques soulèvent la pâte au sein de laquelle ils se forment, la creusent d'une infinité de petites cavités, sans pouvoir néanmoins s'échapper au dehors, retenus qu'ils sont par la ténacité du gluten, dont l'élasticité lui avait d'abord permis de céder à leur force expansive : la chaleur du four solidifie les parois de ces aréoles, qui ne peuvent plus s'affaisser. On voit, d'après cela, que la blancheur et la légèreté du pain, et par conséquent la qualité de la farine, dépendent de la proportion de gluten qui s'y trouve contenu. Les farines ordinaires de nos pays en renferment à peu près un dixième de leur poids, ou dix pour cent à l'état sec; celles d'Odessa sont beaucoup plus riches, puisque le gluten y entre dans le rapport de 14,55 pour cent : aussi sont-elles recherchées par les boulangers, à l'exclusion de toutes les autres.

La fabrication du pain, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, doit être soumise à une surveillance active, non-seulement dans le but de reconnaître les altérations et

les falsifications introduites dans les matières premières qui y sont mises en œuvre, et d'y porter remède, mais encore afin de régler l'emploi de ces matières, et d'en obtenir l'aliment le plus sain, au prix le moins élevé possible.

Ce double point de vue, sous lequel doit être envisagé l'art du boulanger, va nous servir de guide dans l'exposé des faits que nous allons mettre sous les yeux du lecteur. Nous traiterons successivement de la farine, de la levure, de l'eau et des sels; puis nous dirons quelques mots du pétrissage et de la cuisson.

Farine. — Toutes les farines de froment sont loin d'être identiques les unes avec les autres : le sol, la culture, l'engrais, les conditions météorologiques de chaque année, apportent dans le grain des différences très considérables, que viennent encore augmenter, pour les diverses espèces de farines obtenues d'un même blé, les circonstances de la mouture, du mode de conservation, etc. Dans les grandes villes comme Paris, on mélange les farines des différentes localités qui en approvisionnent le marché, afin d'avoir une sorte de farine *moyenne*; les boulangers ont grand intérêt à bien connaître la qualité des farines, puisque *le rendement*, c'est-à-dire la quantité de pain qu'ils peuvent obtenir avec un poids déterminé de farine, est subordonné à la qualité de celle-ci.

Une bonne farine est d'un blanc jaunâtre, douce, sèche et pesante : elle adhère aux doigts; par la pression dans la main, elle se tient en pelote; inodore, elle n'a d'autre saveur que celle de la colle récemment préparée. Les farines blanches inférieures contiennent un peu plus de son que la précédente; elles sont d'un blanc plus mat, et, à raison de leur moindre ténuité, elles ne restent point en une masse par la pression. Les farines *bises* sont d'un jaune plus ou moins obscur, rudes au toucher, et mêlées d'une forte proportion de petit son.

De tous les moyens propres à faire apprécier la qualité d'une farine, le plus sûr et le plus facile à expérimenter est celui qui consiste à en extraire directement le gluten en malaxant, sous un filet d'eau, et au-dessus d'un tamis, une certaine quantité de pâte : on obtient ainsi, pour 500 grammes de *farine blanche de gruau*, environ 150 grammes de gluten *hydraté;* la farine dite *de blé* n'en donne que 135 grammes, et il est moins blanc; avec la *troisième farine de gruau*, on n'en retire que

96 grammes, et seulement 48 avec la dernière qualité ou *quatrième de gruau :* ce gluten est d'un gris sale. Bien entendu que ce ne sont là que des approximations susceptibles de varier dans des limites étendues, d'une année ou d'une localité à l'autre ; néanmoins, elles ne laisseut pas d'avoir une assez grande importance, quand il s'agit d'apprécier les altérations ou les falsifications que les farines peuvent avoir subies, par la comparaison qu'elles permettent d'établir avec des farines de même provenance.

Altération des farines. — On doit toujours tenir compte, dans l'analyse des farines, de la proportion plus ou moins considérable d'humidité qui s'y trouve contenue, à raison de son état pulvérulent; mais il ne faut pas oublier que cette eau provieut souvent en partie de ce que le grain est mouillé avant d'être envoyé à la mouture : cette fraude a les suites les plus fâcheuses. En été, les farines humides entrent rapidement en fermentation; cette altération se reconnaît à l'odeur acétique et quelquefois putride qui s'en dégage : la couleur est d'un blanc terne ou rougeâtre, la saveur âcre et piquante. Alors même qu'on n'ajoute pas d'eau, dans le but de renfler le grain et d'augmenter son poids, la farine, par la conservation, absorbe à la longue une assez forte proportion d'humidité; elle s'échauffe, fermente et subit les diverses altérations dont nous venons de parler : on peut en arrêter les progrès par une bonne ventilation, aidée d'une certaine élévation de température: l'eau, l'acide acétique, le gaz acide carbonique se dégagent, et tout mauvais goût disparaît; mais, si l'on n'y porte pas remède, le gluten finit par se détruire en totalité, et la farine devient impropre à la fabrication du pain.

Farines vénéneuses. — Il n'est pas rare de voir des accidens plus ou moins graves se montrer à la suite de l'usage du pain confectionné avec certaines farines rendues vénéneuses par leur mélange avec diverses substances toxiques : c'est ainsi que l'acide arsénieux a pu se trouver mêlé à la farine, soit parce qu'elle provenait de grains destinés à l'ensemencement, et auxquels on avait ajouté cet acide, afin de détruire les rats et autres animaux qui dévorent les semences; soit même parce qu'on avait renfermé du blé pur dans des sacs où avaient été conservés les grains préparés comme nous venons de le dire. Mais ce sont là des accidens fort rares, et qu'un peu

d'attention suffit pour faire éviter. Il n'en est pas de même des cas où les farines doivent leurs propriétés délétères à la présence de grains altérés par des maladies ou provenant d'autres végétaux qui se sont développés au milieu des blés et ont été récoltés avec eux. Au premier cas se rapportent les accidens connus sous le nom d'*ergotisme*, et qui sont dus à l'usage du seigle ergoté; au second, se rattachent les effets résultant de l'emploi de blés contenant des semences d'ivraie, de mélampyre, etc. Ainsi l'ivraie (*Lolium temulentum*), mêlée au pain, cause une sorte d'ivresse, des vertiges, des vomissemens et des mouvemens convulsifs, etc.; mais, pour peu qu'on en ait l'habitude, un pain préparé avec ces farines est reconnaissable à l'odeur et au goût : par exemple, le pain contenant de la farine de mélampyre (*M. Arvense*) a une teinte violâtre, une odeur piquante, une saveur amère, etc. Aussi M. Dizé conseille-t-il, pour reconnaître une farine *mélampyrée*, d'en prendre environ 5 grammes, d'en faire un pâte molle avec du vinaigre ordinaire, et de la faire cuire dans une cuillère d'argent : le petit pain obtenu offre une teinte rouge violette très foncée.

Ces diverses altérations, auxquelles nous pourrions en joindre une foule d'autres, ne peuvent être prévenues qu'en purgeant le blé, au moyen du crible, de toute semence étrangère. Cependant, d'après les expériences de Parmentier, les graines d'ivraie séchées au four laissent échapper leur principe vénéneux, et le pain dans la confection duquel elles entrent peut être mangé sans inconvénient *lorsqu'il est complétement refroidi*. Il paraîtrait aussi, d'après l'abbé Rozier, que les graines de mélampyre perdraient également, avec leur humidité, toute propriété délétère : c'est ainsi qu'il explique les divergences des auteurs, au sujet de l'action de ces graines sur l'économie animale. On sait, d'ailleurs, qu'il en est de même de la racine de manioc (*jatropha maniot*), qui, sous le nom de *farine de cassave*, sert à la nourriture d'une grande partie des habitans de l'Amérique.

Falsifications des farines. — Parmi les substances dont la cupidité fait usage pour falsifier les farines de blé, les unes sont alimentaires, mais d'une valeur commerciale et nutritive inférieure à celle du blé; les autres, sans être vénéneuses, dans l'acception rigoureuse du mot, sont malsaines, parce qu'elles ne sont pas susceptibles d'être assimilées : la fécule

de pommes de terre, la farine de pois, de fèves, appartiennent à la première classe; la craie, le phosphate calcaire, le gypse, à la deuxième.

On démontre qu'une farine contient de la fécule de pommes de terre en la triturant à poids égal avec du grès, et délayant peu à peu le tout dans deux fois autant d'eau : la liqueur filtrée, essayée à parties égales par une solution aqueuse d'iode convenablement préparée, prend une teinte violette, qui disparaît très lentement, et se conserve long-temps à la surface du liquide : une farine exempte de mélange se colore en rose plus ou moins foncé, et perd, de bas en haut, toute coloration en huit ou dix minutes. La solution d'iode se fait en jetant un demi-litre d'eau sur 8 grammes d'iode, agitant pendant dix minutes environ, et laissant déposer; à chaque essai nouveau, on renouvelle le liquide (*Journal des connaissances nécessaires, etc.*, mai 1839). Nous ferons observer, en outre, que les farines falsifiées par la fécule renferment moins de gluten et de matière *albumineuse,* et que le pain qui en provient a un goût légèrement vireux et caractéristique : toutefois, cette appréciation devient plus difficile quand on se sert de fécule amenée à l'état de dextrine pour la mêler à la pâte de farine pure. Nous dirons un mot de cette falsification en parlant du pain lui-même.

La *farine de féveroles* (*faba vulgaris*) est fréquemment mise en usage pour falsifier celle de froment, et quand le mélange est bien fait, il est impossible de le reconnaître à la simple vue: cependant une saveur spéciale, qui rappelle celle des haricots crus, le caractérise, aussi bien que l'odeur particulière qui se dégage quand on pétrit la masse; de plus, traité par l'eau iodée, avec les précautions indiquées plus haut, il prend une nuance *couleur de chair,* d'autant plus fugace que la proportion de féveroles est plus considérable.

M. Rodriguez a inséré dans les *Annales de chimie et de physique* (t. XLV, p. 55) une note sur le mélange de la farine de froment avec d'autres farines : il a montré que le produit de la distillation d'une farine dans une cornue de grès, à une forte chaleur, est neutre, acide ou alcalin, suivant que la farine est pure, falsifiée par l'addition du riz, du maïs, de l'amidon, ou par celle des haricots, lentilles ou pois. En essayant les liquides ainsi obtenus par des dissolutions titrées d'acide

sulfurique ou de carbonate de potasse, on détermine aisément la proportion de farine étrangère : ce procédé est rigoureux, mais il ne peut être appliqué que par une personne familiarisée avec les opérations chimiques.

Phosphate et carbonate de chaux. — Quelques fraudeurs introduisent ces sels dans la farine qu'ils livrent au commerce : la calcination ou le traitement par l'acide chlorhydrique suffisent pour décéler la présence de ces substances.

En général, ces fraudes, et une infinité d'autres, seraient faciles à prévenir, en n'admettant sur la place que des sacs de farine plombés et portant la marque du vendeur : alors, comme le fait observer M. Chevallier, auteur de cette proposition, on saurait, en cas de fraude, de quel côté diriger les poursuites.

De l'eau employée au pétrissage. — On a cru long-temps, et quelques boulangers émettent encore cette opinion, que le choix de l'eau n'est pas indifférent aux bons résultats de la panification. A Paris, on se sert d'eau de puits, qui, comme on le sait, tient en solution une certaine quantité de sels calcaires. D'après les expériences d'Edm. Davy et de Kuhlmann, dont nous parlerons tout à l'heure, il ne serait pas impossible que la présence de ces sels offrît quelque avantage qui dût justifier la préférence accordée à certaines eaux sur d'autres ; mais, ce ne sont là que des inductions, les recherches n'ayant pas été dirigées vers la solution de cette question. Il est toutefois une influence assez remarquable de l'eau de savon, que nous croyons devoir signaler ici : elle n'empêche pas la fermentation, mais la pâte, au lieu de pousser *rond*, pousse *plat*, c'est-à-dire qu'elle s'étend en largeur, au lieu de lever, et le pain est de mauvais goût. On a vu plus d'une fois cette singulière propriété mise à profit par des ouvriers, dans un but de vengeance contre leur maître (*Annales d'hygiène, etc.*, juillet, 1840).

Levain et levure. — On donne le nom de *levain* à de la pâte gardée jusqu'à ce qu'elle se gonfle et se raréfie, par suite des progrès de la fermentation qui s'y établit spontanément. L'odeur du levain doit être piquante, aigre et alcoolique tout à la fois : on le distingue en *jeune, fort, vieux,* suivant le degré d'énergie de la fermentation qui, sous son influence, se produit dans la pâte à laquelle on le mêle. Avec le levain *jeune* le

pain est mat, privé d'yeux et sans saveur; le *vieux* ne détermine aucune fermentation; il faut même éviter de se servir d'un levain trop *fort*, car il donne un pain crevassé, affaissé, bis et aigre. On comprend, d'après cela, que la préparation du levain demande beaucoup de soins et de travail : aussi, dans plusieurs localités, comme Paris, les boulangers ont-ils renoncé à en faire usage; ils lui ont substitué la *levure*, qui n'est autre chose que l'écume formée à la surface de la bière pendant la fermentation. Cependant, bien que l'emploi de cette substance permette de donner moins de façons à la pâte, la fasse lever plus aisément, et n'assujettisse pas le boulanger à *rafraîchir* les levains, il ne faut pas en attendre des effets constans : quelquefois elle détermine une fermentation trop vive, et quand elle est trop ancienne, non-seulement elle ne produit pas l'effet qu'on en attend, mais encore elle sèche le pain, lui communique une teinte grise et une saveur acide, qui rappelle, en outre, celle du houblon. La levure fraîche et de bonne qualité est d'un jaune chamois, d'une odeur légèrement vineuse, mais exempte d'acidité : la consistance en est molle, et la cassure nette. Les marchands la falsifient fréquemment avec de la fécule ou même de la craie : l'essai par l'eau iodée, dans le premier cas, et par l'acide chlorhydrique, dans le second, suffisent pour mettre la frande en évidence.

Sels. — Diverses substances salines sont employées dans la panification. Malgré l'ancienneté de cet usage, ce n'est que depuis les recherches spéciales de M. Kuhlmann que l'on en connaît l'importance (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, t. v, p. 338). Ces recherches ont été entreprises à l'occasion des poursuites exercées contre des boulangers qui avaient introduit du sulfate de cuivre dans la pâte destinée à la confection du pain. Nous ne suivrons pas l'auteur dans le détail des expériences auxquelles il s'est livré : nous nous bornerons à en extraire les résultats principaux. *Le sulfate de cuivre, l'alun et le chlorure de sodium* exercent une action très remarquable sur la fermentation et la levée du pain ; ils en augmentent le poids, par la plus grande proportion d'eau qu'ils lui permettent de retenir. Avec les deux premiers, employés dans des limites convenables, la mie est très blanche, elle ressemble à celle d'un gâteau léger, et n'a qu'une saveur peu prononcée : le sel marin donne un pain moins blanc, mais plus savoureux;

son action est, d'ailleurs, moins énergique que celle des deux autres sels : malgré son prix élevé, son emploi donne du bénéfice, au lieu d'être un surcroît de dépense pour le boulanger. Le maximum d'effet, pour le *sulfate de cuivre*, s'obtient avec une proportion de sel qui varie de 0,000033 à 0,000066; ce qui équivaut à un peu moins de 0,07 gr. à 0,14 gr. pour un pain de 2 kilogrammes. Au-delà, le pain devient humide, se colore, et offre une odeur analogue à celle du levain: à moins de 0,00022, le pain est aqueux et à grands yeux; à 0,00055, la pâte ne lève plus, le pain est verdâtre : néanmoins, en supprimant le levain et augmentant la proportion d'eau, on pourrait encore obtenir un pain levant bien et très poreux; mais il est humide, coloré en vert, et exhalant une odeur désagréable de levain. L'*alun* ne produit d'effet bien marqué que lorsqu'il est employé à la dose de 0,0056. Quant au *chlorure de sodium*, avec 0,0057 de sel, le pain lève autant que le plus beau pain préparé avec les deux sels précédens, mais il est moins blanc, et les yeux en sont plus larges.

Bien que, d'après les faits que nous venons de rapporter, la quantité d'alun, et plus encore de sulfate de cuivre nécessaire à la confection du pain, puisse ne pas être assez élevée pour entraîner à sa suite des accidens graves, il est néanmoins impossible de tolérer l'usage d'une substance aussi vénéneuse que le *sulfate de cuivre* dans la panification : la plus légère erreur, le manque de soins, pourraient en occasionner l'emploi à des doses toxiques, et cela, sans que la masse du pain offrît les apparences signalées plus haut : c'est ainsi que M. Kuhlmann en a extrait un cristal d'un morceau de pain dont une femme allait se servir pour préparer la soupe à son enfant. Cette proscription est d'autant plus urgente, que les effets remarquables de ce corps ne manqueront pas d'offrir un grand appât à la cupidité : obtenir un pain plus blanc, plus poreux, d'un grain plus fin, avec une moindre quantité de farine, et sans qu'on ait besoin de recourir à la préparation du levain, ce sont là des avantages trop réels pour que l'on n'ait pas à craindre que quelques boulangers peu consciencieux n'en profitent, au risque de compromettre la santé des consommateurs.

Quant à la manière de reconnaître la présence du cuivre dans le pain, l'immersion d'un peu de mie dans une solution

aqueuse de ferrocyanate de potasse suffit pour y déterminer après quelque temps une coloration rosée; elle apparaît même quand le sel n'entre dans le pain que pour 0,00011. Mais le moyen le plus certain consiste à inciner le pain dans une large capsule : on traite par l'acide nitrique le charbon réduit en poudre; puis on chasse l'excès d'acide par la chaleur; on délaie dans l'eau, on précipite les sels terreux par un excès d'ammoniaque et un peu de carbonate de cette base : la liqueur filtrée est réduite au quart de son volume par évaporation, puis acidifiée légèrement avec l'acide nitrique, et enfin essayée au moyen du ferrocyanate de potasse et d'un hydrosulfate alcalin. Il n'est pas inutile de rappeler que les farines de froment, de seigle, etc., renferment toujours des traces de cuivre (Sarzeau, Meiffner); mais la coloration obtenue par cette cause avec les réactifs indiqués est incomparablement moins apparente que dans le cas où le pain a reçu artificiellement la minime proportion de 0,00001429 de sulfate de cuivre. L'*alun* se constate par des procédés analogues, savoir : l'incinération, le traitement des cendres par l'acide nitrique, l'évaporation, la dissolution dans l'eau rendue alcaline par un peu de potasse : on filtre et on précipite l'alumine en ajoutant du sel ammoniac à la liqueur, et la faisant bouillir. Ici encore, on trouve naturellement de l'alumine dans les cendres des céréales : elle peut être augmentée dans le pain par quelques débris de briques provenant de l'âtre; mais, dans ce cas, le précipité ne se manifeste qu'après plusieurs heures de repos, tandis que, dans le cas d'addition artificielle de l'alun, il se produit instantanément : ajoutez encore que, dans ce dernier cas, les cendres sont plus blanches, plus volumineuses, et d'une incinération plus facile.

Le *sous-carbonate de magnésie*, dont M. Edmond Davy a conseillé l'emploi, en 1816 (*Ann. de chim. et de phys.*, t. III, p. 327), ne paraît pas offrir tous les avantages annoncés par ce chimiste. D'après M. Kuhlmann, ce sel ne produit que peu d'effet sur la levée du pain; mais, à la dose d'environ 0,0023, il lui fait prendre une couleur jaunâtre qui modifie avec avantage la teinte sombre des farines inférieures en qualité. Les cendres du pain contenant de la magnésie sont blanches et volumineuses : délayées dans l'acide acétique, elles donnent de l'acétate de magnésie, qu'on peut isoler, au moyen de l'alcool, du

résidu de l'évaporation du liquide à siccité. Comme le carbonate de magnésie, introduit dans le pain, se transforme en acétate pendant la fermentation, dont l'acide acétique est un des produits, il est inutile de recourir à l'incinération, quand on a seulement pour but d'en constater la présence : il suffit de faire macérer environ 200 grammes de pain émietté dans de l'eau distillée; le sel magnésien s'y dissout, et la liqueur filtrée étant évaporée avec précaution dans une capsule de porcelaine, on traite le résidu par l'alcool; on évapore de nouveau, on reprend par l'eau, et on précipite par le carbonate de potasse. Il est, d'ailleurs, présumable que la présence de l'acétate de magnésie dans le pain lui communiquerait la propriété d'être légèrement laxatif.

Les *carbonates de potasse, de soude et d'ammoniaque* ont été fréquemment mêlés à la pâte, afin que le pain se desséchât plus lentement. Comme ces sels se métamorphosent en acétates, on peut croire que ceux de potasse et d'ammoniaque, qui sont très déliquescens, communiquent effectivement au pain cette propriété : le carbonate d'ammoniaque s'emploie encore habituellement, et en assez grande quantité dans la confection des pâtisseries. Le pain ammoniacal traité par la potasse donne lieu à un dégagement de vapeurs que l'on rend visibles par l'approche d'un tube imprégné d'acide chlorhydrique ou acétique : il faut, dans cette expérience, opérer sur du pain refroidi, car le pain exempt de mélange produit aussi ce phénomène quand il est encore chaud (Parisot et Robine), à cause de la vapeur d'eau, qui s'en échappe alors en abondance. Pour ce qui est de la soude et de la potasse, on les retrouve dans le produit de la macération du pain, dans l'eau distillée, et mieux encore dans les cendres; mais encore ici on ne perdra pas de vue l'existence d'un peu de potasse dans les céréales.

Pour ce qui est de l'adultération des farines par la *craie*, le *plâtre*, la *terre de pipe*, elle est facile à constater par la présence de ces substances dans les cendres du pain préparé avec les farines falsifiées.

Pétrissage du pain. — Le but que l'on se propose dans cette opération est d'opérer le mélange le plus intime de la farine avec l'eau : les diverses manipulations connues sous les noms de *delayage, frasage, contre-frasage, pétrissage* et *bassinage*,

tendent tous à produire un mélange aussi parfait que possible: de là dépendent, en effet, la levée égale de la pâte, la blancheur, la légèreté du pain, et même le plus grand rendement de la farine, puisque si la pâte est *marronnée*, c'est-à-dire si elle renferme des agglomérats de farine presque sèche, elle fournit d'autant moins de pain. Mais l'ensemble de ces opérations est extrêmement pénible pour l'ouvrier qui les exécute: courbé sur le pétrin dans lequel il travaille sa pâte, il est sans cesse plongé dans une atmosphère de farine, soulevée par la projection violente de cette pâte, et bien que les dangers de l'introduction de cette farine dans les voies respiratoires aient été exagérés (Ramazzini), il est difficile d'en admettre l'innocuité absolue : d'après les tableaux de M. Benoiston de Châteauneuf (*Ann. d'hygiène, etc.*, t. VI, p. 5), les boulangers fourniraient environ les 0,02 des phthisiques. A cette cause, il faut ajouter les efforts violens et fréquemment répétés auxquels se livrent les pétrisseurs, efforts qui les exposent à plus d'accidens encore que l'inspiration des molécules de farine. D'ailleurs, ces mouvemens énergiques, joints à la chaleur qui règne habituellement dans le fournil, ne tardent pas à exciter chez le pétrisseur une transpiration abondante, dont les produits se mêlent à la pâte, aussi bien qu'une foule d'ordures que, par malpropreté ou insouciance, il ne se donne pas la peine d'en écarter. Nous avons même vu, plus d'une fois, des individus de cette profession affectés d'éruptions diverses, siégeant aux bras et aux avant-bras, dont la présence ne les empêchait pas de se livrer à leurs travaux habituels. Ces motifs justifient assez les différentes tentatives qui ont été faites dans le but de substituer le travail des machines à celui de l'homme. Les pétrins mécaniques ont été l'objet d'études sérieuses, et M. Gaultier de Claubry a publié sur ce sujet, et au nom d'une commission spéciale, un rapport très étendu (*Ann. d'hygiène et de méd. lég.*, t. XXI, p. 5), dans lequel ce mode de pétrissage est considéré sous le point de vue de la salubrité, aussi bien que sous celui de la perfection du travail. Il résulte des expériences auxquelles s'est livrée la commission, que le pain préparé à l'aide de machines ne le cède ni en qualité ni en quantité à celui qui est obtenu par le pétrissage à bras : il peut se fabriquer plus rapidement; et dans une grande manutention, comme une boulangerie d'hô-

pital, il offre une économie de main-d'œuvre assez importante. Nous ne décrirons point ici les diverses machines soumises au jugement de la commission; mais, pour mettre le lecteur à même de se faire une idée de leur mode d'action, nous nous bornerons à dire que le plus simple de tous les pétrins, celui que les frères Guy ont imaginé en 1828, et qu'exploitent aujourd'hui MM. Cavalier et frère, consiste en un cylindre de fonte de 1m. 50 de longeur et de 0m. 30 de diamètre, lequel se meut dans l'intérieur d'une auge, dont le fond est occupé par la pâte : celle-ci se lamine, et vient buter contre un racloir destiné à l'empêcher de passer au-dessus du cylindre; elle s'arrête, s'amasse, et recommence bientôt un mouvement inverse quand on tourne la manivelle dans l'autre sens.

Cuisson du pain. — On a vu la colique saturnine se manifester à la suite de l'usage du pain cuit dans un four chauffé avec des bois peints à l'huile (Combalusier, *Observations sur la colique du Poitou, etc.*, 1761). Ce fait n'a pas besoin d'être commenté, non plus que la conséquence qu'on doit en tirer. Pour ce qui est de la déperdition du pain par la coction, et d'une foule d'autres circonstances qui se rattachent à cette opération, elles appartiennent à l'art du boulanger, et ne doivent pas nous arrêter plus long-temps. Contentons-nous de noter ici que, quand le four est chauffé trop fortement, la croûte du pain se formant trop vite empêche l'évaporation de la majeure partie de l'eau de la pâte, la mie est molle, presque gluante, susceptible de se moisir et de s'altérer en peu de jours, bien que la croûte reste ferme et cassante. Cette observation avait déjà été faite par Galien (*De aliment. facultatibus*, lib. I), qui nous a transmis sur ce sujet les remarques les plus curieuses.

Le pain, lorsqu'il a été préparé avec des farines de bonne qualité, et avec les précautions convenables, doit offrir les caractères suivans : la croûte est cassante et d'un jaune doré ; la mie, blanche, criblée de trous, élastique, d'une odeur et d'une saveur agréables; par le refroidissement, une partie de ces propriétés se modifient; il se fait une évaporation considérable, d'où résulte une perte en poids d'autant plus grande, que le volume du pain est moindre : ainsi, un pain de 500 grammes en perd 62 en un jour; celui de 1000 grammes, 43

ou 82, suivant qu'il est court ou long, et ainsi de suite : en même temps, la croûte se ramollit, et la mie devient plus ferme; avec le temps, la dessiccation est complète, à moins que le lieu où le pain est conservé ne soit humide ; alors il se moisit, et son emploi peut être suivi d'accidens fâcheux : c'est, du moins, ce qui résulte des expériences exécutées par Gohier sur les animaux (*Journ. gén. de méd.*, t. XXIX).

Le pain, et en particulier celui de froment, est l'un des alimens les plus substantiels dont l'homme puisse faire usage: il suffit à la réparation des pertes et à l'entretien des forces; il ne donne lieu à aucun accident, si ce n'est peut-être dans le cas où, récemment cuit, il est pris en trop grande quantité: alors il donne lieu à des indigestions toujours fâcheuses, et quelquefois même mortelles.

Les autres céréales, comme l'épautre, le seigle et l'orge, que l'on peut faire servir à la préparation du pain, sont loin de fournir un produit aussi avantageux que celui qui résulte de l'emploi du froment; et l'ordre dans lequel nous les avons inscrites est celui que leur assigne la qualité du pain qu'elles procurent. Enfin, la plus mauvaise espèce de pain se prépare avec le sarrasin (*Polygonum fagopyrum*). GUÉRARD.

PARMENTIER. *Le parfait boulanger, ou Traité complet sur la fabrication et le commerce du pain.* Paris, in-8°.

PARISOT et ROBINE. *Essai sur les falsifications qu'on fait subir aux farines, au pain, et sur les moyens de les reconnaître.* Paris, 1840, in-8°.

R. D.

PALMIERS (*Palmæ*). — Famille de plantes monocotylédones à étamines périgynes, dans laquelle on trouve les arbres les plus majestueux par leur grandeur, et les plus élégans par leur forme. Les palmiers ont une tige généralement simple, cylindrique, c'est-à-dire aussi grosse au sommet qu'à la base, quelquefois plus renflée vers sa partie moyenne, et à laquelle les botanistes ont donné les noms de *Stipe* ou tige *à colonne.* Cette tige offre la structure particulière aux monocotylédones, c'est-à-dire que les fibres ne sont point disposées par couches concentriques, mais partent des feuilles pour se diriger vers le centre de la tige, et redescendre en gagnant la circonférence. Elle se termine à son sommet par un vaste faisceau

de feuilles très grandes, persistantes, tantôt digitées, tantôt pennées ou diversement composées. Au milieu de ces feuilles, dont le développement successif est dû à l'évolution d'un énorme bourgeon central, on trouve les fleurs, qui sont complètement unisexuées et dioïques, disposées en régimes ou grappes rameuses, d'abord enveloppées dans des spathes de nature et de forme différentes. Chaque fleur se compose d'un calice double et persistant; les mâles de six, rarement d'un plus grand nombre d'étamines; les femelles de trois pistils, quelquefois réunis en un seul. Le fruit varie singulièrement, quant à sa forme et à son volume, depuis celui d'un pois jusqu'à celui du double de la tête d'un homme; c'est généralement une noix sèche ou charnue, contenant un noyau très dur dans lequel se trouve une amande charnue.

La famille des palmiers est pour les habitans des régions intertropicales ce qu'est la famille des graminées pour les autres peuples du globe. C'est d'elles qu'ils tirent leur nourriture principale et habituelle. Ainsi le dattier, par la chair douce et sucrée de son fruit, est presque l'unique aliment des peuples de l'Afrique méditerranéenne et de l'Asie Mineure. Dans l'Inde, l'archipel des Moluques, et une grande partie de l'Amérique méridionale, ce sont les fruits du cocotier, de l'arec, de l'élaïs et de plusieurs autres palmiers, qui remplacent les dattes de la Mauritanie et de l'Égypte. Les bourgeons terminaux de divers palmiers, et particulièrement de l'*Euterpe edulis*, au Brésil, sont connus sous le nom de *choux palmistes*; on les mange avec délices, cuits comme des artichauts, dans les lieux où les palmiers sont abondans.

Remarquons que ce n'est pas toujours la même partie qui, dans les palmiers, sert d'aliment. Ainsi, c'est tantôt la pulpe charnue qui enveloppe le noyau, comme le dattier, tantôt et plus souvent l'amande charnue renfermée dans ce noyau, ainsi qu'on l'observe pour le cocotier, l'arec, etc.; quelquefois ce sont les bourgeons qui terminent la tige comme dans le chou palmiste; d'autres fois enfin, c'est la fécule amilacée renfermée dans le tissu cellulaire de la tige. En effet, c'est de diverses espèces de palmiers, et en particulier du *Sagus* et du *Phœnix farinifera*, que l'on retire le sagou, qui est un aliment extrêmement nourrissant. L'amande des palmiers est formée en grande partie de fécule amilacée, à laquelle se joint, en

général, une certaine quantité d'huile grasse. Aussi peut-on en faire des émulsions, et dans quelques cas en retirer l'huile qui sert aux mêmes usages que celle que nous exprimons des fruits de l'olivier. La tige et les feuilles de quelques palmiers d'Amérique (*Ceroxylon auricola, corypha cerifera*) sécrètent une sorte de cire très employée pour l'éclairage. D'autres donnent une sève limpide, sucrée, qui se convertit en une liqueur vineuse par la fermentation. A. RICHARD.

PALPITATION. — On désigne par le nom de *palpitation* un trouble, un désordre des mouvemens du cœur, constitué par des contractions ou plus violentes, ou plus fréquentes, ou ne présentant pas l'ordre, le rhythme qu'elles ont dans l'état normal, ou enfin se manifestant avec ces trois caractères à la fois. Les palpitations sont tantôt assez légères, tantôt plus ou moins fortes: dans l'un, comme dans l'autre cas, le malade en a ordinairement conscience; mais quelquefois il peut en être autrement. Ainsi, très souvent, les vieillards ne sentent point les palpitations les plus énergiques occasionées par l'hypertrophie la plus prononcée; mais d'ordinaire, comme nous l'avons dit, elles sont perçues par les individus qui les éprouvent: il y a un sentiment de gêne, de malaise à la région précordiale, et même une véritable douleur, soit fixe, soit irradiée, en différens sens. En même temps qu'il perçoit les battemens de son cœur, le malade peut en entendre les bruits, surtout lorsqu'il est couché sur le côté gauche. Souvent les palpitations sont légères; elles ne font éprouver qu'un sentiment confus de gêne dans la région du cœur, avec tendance à la syncope.

En général, quand les palpitations sont peu intenses, l'inspection de la partie antérieure et gauche du thorax ne donne au médecin que des résultats négatifs, ainsi que la percussion et l'auscultation. Lorsqu'elles sont fortes, elles sont visibles à la région précordiale et à l'épigastre qu'elles agitent d'un mouvement remarquable d'ondulation; les contractions énergiques de l'organe souffrant repoussent la main appliquée au devant du thorax, et impriment à la tête de l'observateur un choc manifeste; les bruits perçus à distance dans quelques cas exceptionnels sont augmentés dans leur intensité et dans leur fréquence; presque toujours irréguliers, ils sont parfois accompagnés de souffle ou d'autres bruits anormaux.

Par rapport à leur mode d'apparition, tantôt les palpitations débutent brusquement, au milieu d'un état de santé qui paraissait normal, et elles sont le premier comme le seul phénomène morbide qui existe; tantôt elles apparaissent plus lentement, par degrés, et dans le cours d'une affection aiguë ou chronique, et elles ne sont plus alors qu'un nouvel élément d'une maladie primitive.

Dans certaines circonstances, la palpitation est, pour ainsi dire, unique : le malade ressent comme un seul coup à la région du cœur, puis l'organe cesse de battre, ou du moins ses pulsations sont considérablement affaiblies ; beaucoup plus souvent c'est une série de battemens rapides et précipités, et ces mouvemens désordonnés, après un temps variable, disparaissent tout-à-fait, ou reviennent à des intervalles indéterminés. Les palpitations, sous le point de vue de leur durée, sont donc fugaces ou persistantes, intermittentes ou continues; mais c'est uniquement dans les maladies du cœur très avancées qu'elles persistent indéfiniment : elles se montrent, en général, avec le type intermittent, quoiqu'elles soient le symptôme d'une altération organique, et une lésion constante donne ainsi lieu à des symptômes passagers : du reste ces retours périodiques sont ordinairement réguliers, et soumis à des causes facilement appréciables, parmi lesquelles il faut mettre en première ligne le froid sec.

Aux palpitations, suivant les conditions dont elles dépendent, se joignent habituellement des troubles des diverses fonctions de l'économie : tantôt une oppression légère, tantôt une dyspnée extrême portée jusqu'à l'orthopnée, une céphalalgie plus ou moins pénible, des vertiges, des étourdissemens, des lipothymies. Le plus souvent l'apyrexie est complète, et le pouls ne fait que traduire par sa force et son irrégularité l'énergie désordonnée des battemens du cœur; parfois même sa faiblese contraste avec la forte impulsion de l'organe central de la circulation. La face du malade est injectée, les yeux sont animés, les lèvres bleuâtres, la physionomie est anxieuse; ou bien l'expression est presque naturelle, et la coloration de la peau n'offre rien de particulier, tandis qu'elle a d'autres fois un cachet d'anémie tout-à-fait caractéristique. Enfin d'autres phénomènes locaux ou généraux se lient accidentellement aux palpitations, et doivent être mentionnés à

cause de leur importance pour la séméiotique : ici des hydropisies, là des accidens nerveux hystériques; ailleurs, divers états généraux de l'économie, la pléthore, la chlorose, etc.

Les palpitations se développent sous l'influence de causes nombreuses : elles dépendent généralement d'une lésion des organes de la circulation, quelquefois de ceux de la respiration ; d'autres fois elles sont sympathiques ou nerveuses. Le premier groupe comprend les palpitations qui dépendent des affections organiques du cœur, de l'hypertrophie, des anévrysmes, des lésions valvulaires (rétrécissemens ou insuffisances); celles qui annoncent, soit la cardite, soit la formation de caillots, celles qui signalent l'existence d'un anévrysme de la crosse de l'aorte, ou d'une péricardite aiguë ou chronique, alors que l'adhérence complète des deux feuillets du péricarde s'oppose à la régularité des contractions du cœur. Nous devons rapprocher de cet ordre de causes les palpitations qui sont sous la dépendance, non plus d'une lésion matérielle dans l'instrument de la circulation, mais dans le liquide qu'il chasse vers les organes : ce sont celles qui se lient à la pléthore comme à la chlorose, à l'anémie spontanée comme à celle qui résulte d'hémorrhagies ou d'évacuations excessives.

L'on connaît aujourd'hui les différentes altérations du sang qui existent dans ces maladies : dans la première, accroissement du nombre des globules; dans les autres, diminution considérable des globules. Est-ce dans la même classe qu'il faut placer ces palpitations qui surviennent chez les goutteux sans qu'ils soient atteints de lésions du cœur ou de l'endocarde?

Des palpitations accompagnent quelquefois certaines maladies du poumon, la pneumonie, la congestion pulmonaire, et surtout la phthisie; elles peuvent dépendre pareillement de tumeurs accidentelles développées dans le poumon, principalement s'il en résulte une compression des gros vaisseaux qui naissent du cœur. On les observe aussi comme épiphénomènes dans des maladies aiguës ou chroniques, dans certains cas de dyspepsie. M. Andral a cité un exemple de palpitations violentes qui coïncidaient avec un tænia. On peut également les rencontrer avec l'ascite, avec l'hydropisie en-

kystée de l'ovaire, enfin avec toutes les maladies qui opposent un obstacle à la circulation.

Il est une dernière classe de palpitations qui semblent déterminées par un état particulier de l'encéphale, et qu'on appelle *nerveuses*. Elles sont plus communes chez les femmes, surviennent principalement chez les hystériques, les hypochondriaques, chez les femmes qui ont des leucorrhées abondantes, des aménorrhées, des dysménorrhées; elles reconnaissent encore pour cause les émotions morales vives, la nostalgie, les travaux intellectuels trop longtemps soutenus, les excès de tout genre. Les élèves en médecine de tous les pays sont sujets à ces palpitations nerveuses, bien que des auteurs aient voulu en faire une maladie propre à ceux d'Édimbourg, et l'aient indiquée sous le nom de *maladie du cœur des étudians*.

Après avoir exposé les principaux caractères avec lesquels se montrent les palpitations, après avoir énuméré les causes sous l'influence desquelles elles prennent naissance, il reste à les étudier sous le rapport séméiologique. La manifestation morbide est sans doute facile à constater, puisqu'elle est évidente par elle-même ; mais des difficultés surgissent lorsqu'on se trouve en face d'un individu tourmenté de palpitations, et qu'on se demande à quelle altération il faut rattacher ce phénomène pathologique. Nous ne saurions entrer dans le détail de toutes les maladies où on l'observe, et chercher à établir leur diagnostic différentiel : contentons-nous d'apporter quelques données générales à la solution du problème. Et d'abord, ce qui importe le plus, c'est de décider de la nature symptomatique ou sympathique des palpitations, c'est de savoir si elles sont purement nerveuses, ou bien si elles se lient à des altérations organiques du cœur.

Les palpitations qui annoncent une lésion matérielle de l'organe central de la circulation sont généralement plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, beaucoup plus communes dans la seconde moitié de la vie que dans la première; elles sont remarquables par leur intensité, par leur exagération sous l'empire de toutes les causes qui gênent les fonctions circulatoires et respiratoires, par leur début plutôt lent et gradué, et leur marche proportionnellement croissante, par leurs retours fréquens, par leur durée très longue, et presque indéfinie, sinon par leur continuité ; elles coïnci-

dent le plus souvent avec d'autres troubles de la circulation, soit avec des phénomènes locaux, voussure de la région précordiale, matité dans une étendue qui dépasse les limites normales, altération du timbre des bruits et manifestation de bruits anormaux dont la valeur séméiologique est très grande s'ils existent au *second* temps ; soit encore avec d'autres phénomènes, tels qu'une dyspnée excessive, une altération particulière des traits, des épanchemens dans le péricarde ou les plèvres, et un œdème qui commence par les extrémités inférieures, pour se généraliser ensuite davantage.

Les palpitations qui ne sont pas le symptôme d'une lésion organique ont des caractères inverses : elles sont plus communes chez les individus à tempérament nerveux, et surtout chez les femmes ; elles tourmentent plutôt les adultes et de préférence les femmes, dans les premières années de la menstruation; elles sont d'ordinaire moins violentes; elles n'augmentent pas par les mêmes causes que les palpitations symptomatiques ; elles peuvent survenir quand le malade est dans un repos complet, de même qu'elles sont plutôt soulagées qu'excitées par l'exercice corporel ; leur début est brusque, leur marche irrégulière, leurs retours capricieux et inconstans. Dans l'intervalle des accès, le pouls et le cœur sont parfaitement naturels, et même pendant les accès, on ne peut constater à la région précordiale, ni par l'inspection, ni par la percussion, ni par l'auscultation, d'autres troubles que l'altération du rhythme des battemens. Enfin les palpitations *nerveuses* peuvent n'avoir aucune influence fâcheuse sur la santé, qu'elles dérangent à peine, lors même qu'elles durent long-temps ; tandis que les palpitations *organiques*, nées au milieu d'autres phénomènes morbides, coïncident parfois avec une altération profonde de l'économie.

Une fois qu'on s'est assuré que les palpitations ne sont pas sous la dépendance d'une affection du cœur par l'examen comparé des signes négatifs d'une lésion organique, et des signes positifs d'un autre état morbide qui peut rendre compte de ce trouble des mouvemens du cœur, on pénétrera plus avant dans le diagnostic: on recherchera d'une manière plus précise sa nature, et on arrivera à la reconnaître, tantôt par la considération même des causes déterminantes, telles que les chagrins, les veilles pro-

longées, les excès, etc.; tantôt par celle de la constitution de l'individu, nerveuse, rhumatismale, pléthorique.

C'est principalement en vue du pronostic et du traitement, qu'il importe au médecin d'asseoir un jugement définitif sur la valeur séméiologique d'un symptôme qui est l'expression complexe d'états si différens. Il est rare que les palpitations aient de la gravité par elles-mêmes. Si, dans certains cas tout-à-fait exceptionnels, la vie a pu s'éteindre soudainement au milieu de ces violens désordres de la circulation, si ces troubles prolongés peuvent parfois ne pas être sans influence sur le développement ultérieur d'un anévrysme, les palpitations nerveuses, celles qui sont dégagées de toute complication de lésion matérielle du cœur, sont, malgré leur intensité et leur durée, compatibles avec la santé. En thèse générale, le pronostic sera donc entièrement subordonné à la nature des palpitations.

Il en sera de même pour la thérapeutique : elle sera exclusivement fondée sur les distinctions que nous avons établies, et sur les diverses indications qui en ressortent. Si les palpitations ne sont qu'un des symptômes d'une altération organique du cœur ou des gros vaisseaux, c'est contre cette maladie que seront dirigés les moyens thérapeutiques; et les saignées locales ou générales, le repos absolu, les préparations de digitale, formeront la base du traitement. Si elles se montrent chez des chlorotiques ou chez des individus épuisés, soit par des hémorrhagies abondantes ou répétées, soit par des pertes de tout genre, on retirera un grand avantage des toniques, des amers, et surtout des préparations ferrugineuses. Celles qui dépendent de la pléthore céderont assez facilement à une émission sanguine, aux boissons tempérantes et rafraîchissantes, aux bains simples, à un régime doux. Celles qui surviennent chez les goutteux seront parfois heureusement modifiées par l'usage des boissons et des bains alcalins. Se manifestent-elles accidentellement dans les affections pulmonaires, elles cessent d'ordinaire avec la maladie principale; chez les phthisiques, elles persistent davantage, et réclament souvent l'emploi de la digitale, et l'application de quelques sangsues à la région du cœur.

Les médicamens usités pour activer ou rappeler les menstrues feraient cesser les palpitations qui succèdent à la dys-

ménorrhée ou à l'aménorrhée. Lorsqu'elles sont occasionnées par une ascite, une hydropisie enkystée de l'ovaire, ou toute autre cause mécanique qui gêne la circulation, elles disparaissent avec la disparition de la cause, et, par exemple, à la suite d'une ponction de l'abdomen. L'éloignement des causes déterminantes suffit encore pour dissiper celles qui sont nées sous l'influence d'émotions morales tristes, ou d'excès de travaux intellectuels. On combattra généralement avec succès celles qui coïncident avec l'hystérie ou l'hypochondrie, ou qui se manifestent sans cause connue chez les femmes très nerveuses, tantôt par les toniques et les préparations martiales, tantôt par les antispasmodiques. Les bains frais seront quelquefois prescrits avec avantage pour ces palpitations essentielles, et le malade se trouvera également bien de prendre ses alimens à froid. Souvent aussi, les eaux sulfureuses, naturelles ou artificielles, ont été efficaces dans les mêmes circonstances. C'est surtout dans ces cas de palpitations nerveuses qu'un exercice modéré, les distractions, les voyages ; en un mot, que toutes les ressources de l'hygiène devront être appelées au secours de la thérapeutique.

Enfin, chez certains individus, les palpitations toutes nerveuses se répètent, et augmentent d'intensité, uniquement parce qu'ils sont tourmentés par une inquiétude incessante, et parce qu'ils attribuent faussement leurs souffrances à une lésion organique du cœur : le traitement moral est alors le plus sûr et le plus prompt remède.

Il a été publié sur ce sujet quelques dissertations peu importantes, et surtout dans les divers recueils un grand nombre de cas particuliers, qui se rapportent presque tous à des maladies organiques du cœur. Nous renverrons donc seulement aux principaux Traités des maladies du cœur, à ceux de Laennec, Hope et Bouillaud en particulier. R. D.

PANARIS. — C'est le nom qu'on donne à l'inflammation aiguë des parties molles qui entrent dans la composition des doigts, inflammation qui, bornée primitivement à l'un des doigts, est susceptible de s'étendre, et ne s'étend que trop souvent à la main, à l'avant-bras, et même aux parties les plus élevées de l'extrémité thoracique.

On conçoit que les orteils, bien qu'ils soient protégés par

nos chaussures, et que leurs usages si différens de ceux des doigts les exposent moins aux injures des corps extérieurs, pourraient être affectés de panaris, et que cette inflammation s'y montrerait sans doute avec les traits sous lesquels elle se montre aux doigts : mais elle y est très rare ; je ne me rappelle pas avoir encore observé de vrai panaris auxo rteils. En revanche, et précisément à cause de nos chaussures, dans lesquelles ils sont emprisonnés, et qui souvent les gênent, les compriment et les font dévier de leur position naturelle, les orteils présentent fréquemment certaines affections qui leur sont particulières, et dont les doigts ne sont jamais atteints.

De tout temps le panaris a fixé l'attention des pathologistes : l'importance extrême des doigts dans les usages les plus ordinaires de la vie, la gravité de la maladie, l'intensité horrible des douleurs qui l'accompaguent, les accidens fâcheux qui peuvent se développer, et les incommodités graves dont elle est si souvent suivie : tout leur a fait une loi de chercher à approfondir avec le plus grand soin l'histoire du panaris ; et cependant, malgré leurs travaux, cette histoire laisse encore beaucoup à désirer; le traitement surtout ne me semble pas encore généralement établi de la manière la plus convenable.

Le panaris ne se montre pas à tous les doigts avec la même fréquence. Sans doute à cause des usages qu'ils sont destinés à remplir, chacun en particulier, l'indicateur et le pouce, puis le médius, jouissent à cet égard de la fâcheuse prérorogative d'en être bien plus souvent affectés que l'annulaire et le petit doigt, où il ne développe qu'assez rarement, et où il est, en général, moins grave. Plusieurs doigts de la même main peuvent en être simultanément atteints : il peut aussi se développer successivement aux deux mains. On l'a même vu dans quelques circonstances, fort rares, à la vérité, exister en second lieu dans le doigt correspondant à celui de l'autre main où il s'était d'abord manifesté.

Les auteurs qui se sont occupés du panaris sont loin d'être d'accord, non-seulement sur l'utilité d'établir différentes espèces de cette maladie, mais même sur le nombre des espèces qu'il conviendrait de reconnaître : et d'abord, les uns, n'ayant égard qu'à la nature du mal, pour eux identique dans tous les cas, ne veulent admettre qu'un seul panaris, susceptible

seulement de s'étendre et de se propager à toutes les parties constituantes des doigts; tandis que les autres, pleinement convaincus que chacune de ces parties constituantes peut être le siége primitif d'une inflammation dont les symptômes, la marche et la gravité présentent alors des différences marquées, ont voulu fonder sur cette différence de siége des distinctions sur lesquelles seulement ils n'ont pas été du même avis. Ainsi Astruc et Camper reconuaissent deux espèces de panaris; Heister, trois; Lafaye, Ledran, David, Garengeot, quatre; Gouey et Callisen, cinq; Sauvages, sept; et François Imbert, dans son *Traité des tumeurs*, en a porté le nombre jusqu'à huit. Si quelques-uns de ces auteurs se sont égarés dans des distinctions trop subtiles, il me semble impossible, d'un autre côté, qu'on puisse se conformer à l'opinion de ceux qui ne voudraient reconnaître qu'une seule espèce de panaris. Comment, en effet, confondre celui qui est borné à la superficie et à l'extrémité du doigt, dont la durée ne va pas au-delà de quelques jours, et qui ne peut avoir pour le malade aucun résultat désavantageux ou nuisible, avec cet autre dans leque les parties les plus importantes du doigt sont affectées de telle sorte que souvent le malade n'achète sa guérison qu'au prix des plus fâcheuses mutilations, ou bien trouve la mort au milieu des plus horribles souffrances? Ledran, Garengeot, Lafaye, etc., me paraissent s'être le plus rapprochés de la vérité en bornaut à quatre le nombre des espèces de panaris qu'il est convenable d'admettre. Comme eux j'admets et je reconnais ces espèces dont le siége, la marche, les symptômes, le traitement et les suites me paraissent offrir les différences les plus tranchées.

1° La première a son siége à la surface du derme; elle est de toutes la moins grave : c'est un érysipèle de la peau du doigt, un véritable panaris érysipélateux.

2° La seconde affecte le tissu cellulaire placé entre la peau et la gaîne des tendons fléchisseurs, et mérite le nom de *panaris phlegmoneux*. Son intensité paraît dépendre de la densité du tissu enflammé, de la grande quantité de filamens nerveux qui le parcourent, et du peu d'extensibilité de la peau qui le recouvre.

3° La troisième est sans contredit la plus fâcheuse de toutes: elle attaque la gaîne des tendons et leur membrane synoviale, d'où elle se propage quelquefois aux articulations qui unissent

les phalanges entre elles. C'est dans cette espèce de panaris qu'on voit le plus souvent se former des collections purulentes dans la main, à l'avant-bras, sur tous les points enfin de l'extrémité supérieure.

4° La quatrième et dernière, enfin, paraît tenir à l'inflammation du périoste. A l'instar de ce que l'on voit quelquefois arriver aux grands os de nos membres souvent dénudés et nécrosés par suite d'abcès chauds et profonds, dont l'inflammation du périoste paraît être la cause, la phalange au niveau de laquelle s'est développée l'inflammation du périoste qui constitue l'espèce de panaris dont il s'agit ici est bientôt frappée de nécrose. La suppuration, peu abondante du reste, qui se forme autour d'elle, détruit toutes ses adhérences : transformée enfin en un véritable séquestre, elle finit par s'ouvrir un passage à l'extérieur, et par sortir, à la faveur de l'ulcération qui s'est formée aux parties molles.

Aujourd'hui que la médecine n'admet plus que les faits les plus positifs et les mieux constatés, on croirait à peine à la possibilité des suppositions plus ou moins bizarres à l'aide desquelles nos devanciers croyaient pouvoir se rendre compte du développement du panaris. Dirai-je ici que quelques-uns l'attribuaient aux efforts de la nature pour débarrasser l'économie d'un sang aduste et brûlé; à l'altération et à l'effervescence des parties bilieuses et sulfureuses du sang, tandis que d'autres mettaient en jeu, ou l'influence d'une humeur brûlante, âcre et corrosive, qui, rongeant le périoste, les extrémités des filamens nerveux et les chairs, y produisait une eschare ; ou l'action d'un acide étranger, dont le mélange avec le suc alimentaire causait l'effervescence des humeurs? Abandonnons de pareilles hypothèses qui ne doivent plus figurer que dans l'histoire de nos erreurs, et hâtons-nous d'arriver à l'énumération des véritables causes de l'affection dont nous traçons l'histoire.

On doit compter au nombre des causes prédisposantes du panaris l'extrême délicatesse et la sensibilité si vive de la peau du doigt, mais surtout certaines professions qui exigent un grand exercice de la part de ces derniers, et dans lesquelles on fait un usage habituel d'instrumens aigus et acérés capables de les blesser : voilà pourquoi sans doute le panaris se développe si souvent chez les individus qui exercent les professions de tailleur, de cordonnier, etc., et chez les per-

sonnes qui, le scalpel à la main, recherchent au sein de nos dépouilles mortelles les secrets de la vie.

Les causes occasionnelles sont tellement fréquentes, que, dans l'impossibilité de les énumérer toutes, je me contenterai de rappeler les plus fréquentes. En général, le panaris peut être déterminé par tout ce qui peut produire, soit sur la peau du doigt, soit, et à plus forte raison encore, sur les parties plus profondes, une irritation ou passagère, ou plus ou moins durable, comme les contusions plus ou moins fortes, les excoriations surtout avec des instrumens rouillés et malpropres, les morsures, l'arrachement de ces petites pellicules qui se développent souvent autour de l'ongle, et auxquelles le vulgaire a imposé le nom d'*envies*, les piqûres avec des aiguilles, des épingles, des échardes, des pointes d'os fracturés. A peine est-il besoin d'ajouter que le danger de ces piqûres est encore augmenté, si l'instrument vulnérant porte au milieu de nos tissus une cause matérielle d'irritatiou spécifique, espèce d'inoculation susceptible d'amener les résultats les plus funestes, comme cela n'arrive que trop souvent au milieu de nos études anatomiques, ou dans la pratique de nos opérations. On voit encore le panaris succéder à certaines opérations chirurgicales, telles que celles que l'on pratique pour redresser les dogits rendus difformes et adhérens, soit à la paume, soit au dos de la main, par des cicatrices plus ou moins anciennes : quelquefois aussi il se manifeste après certaines luxations des phalanges, quand surtout elles sont accompagnées d'un délabrement considérable des parties molles entourant leurs petites articulations. Au moment où je rédigeais cet article pour la première édition du Dictionnaire, le hasard avait réuni, dans les salles de l'hospice de perfectionnement de la Faculté, où je faisais le service par intérim, deux individus qui succombèrent tous deux aux suites d'un panaris des plus graves. Chez l'un d'eux, la maladie était due à l'écrasement de la dernière phalange du pouce, et ce cas ne présente rien de bien remarquable; tandis que, chez l'autre, le panaris s'était développé à la suite d'une luxation de la seconde phalange du pouce sur la première, compliquée, il est vrai, de la déchirure des parties molles de la face palmaire du pouce par la tête de ce petit os qui faisait saillie à l'extérieur. L'extirpation de cette phalange, rendue nécessaire par l'impossibilité absolue de la réduction, n'em-

pêcha pas, comme peut-être on aurait pu le croire, le développement des accidens. A ce nombre déjà si grand de causes locales, il nous faut joindre encore certains états intérieurs de l'économie, certaines dispositions générales du système, inconnus dans leur essence, mais dont l'influence n'est pas moins évidente sur le développement du panaris; et sans partager entièrement l'avis de Lieutaud, qui croit avoir remarqué un bien plus grand nombre de panaris pendant les saisons froides et humides, en automne surtout, que dans les autres temps de l'année, sans nous étayer non plus de l'autorité imposante de Ravaton, qui eut occasion d'observer la maladie qui nous occupe régnant épidémiquement sur les soldats de la garnison de Landau pendant les années 1766 et 1767, peut-on nier l'existence de ces causes générales, quand on voit tous les jours des panaris, les plus légers comme les plus graves, se développer spontanément, et sans qu'aucune cause extérieure ou physique ait contribué à leur production? D'ailleurs, pourquoi n'en serait-il pas du doigt comme de toutes les autres parties du corps?

Le panaris érysipélateux, autrement dit tourniole, mal d'aventure, et auquel seul conviendrait la dénomination de *paronychia*, qu'on a mal à propos appliquée aussi aux autres, s'annonce par un léger prurit; bientôt une véritable douleur pulsative se manifeste sur un point quelconque de la pulpe du doigt, en même temps que cette partie devient rouge et se gonfle légèrement; au bout de quelques jours la suppuration se manifeste: placé sous l'épiderme qu'il soulève, le pus forme une espèce de phlyctène qui envahit toute ou partie de la circonférence du doigt. La matière purulente s'amasse quelquefois sous l'ongle, dont elle détruit les adhérences; et dont la chute naturelle ou l'arrachement sont alors inévitables.

Sous le rapport de l'intensité des symptômes, le panaris phlegmoneux tient le milieu entre celui dont il vient d'être question et celui de la troisième espèce: toutefois, ce panaris phlegmoneux et l'inflammation de la gaîne peuvent exister simultanément, sans qu'il soit possible de dire que l'un a succédé à l'autre, et que l'inflammation de la gaîne a suivi celle du tissu cellulaire. C'est pourtant ce que prétendent quelques chirurgiens partisans assez outrés de l'incision prématurée pour avancer, contre ce que démontrent chaque jour les faits es plus positifs, que par la division des parties molles exté-

rieures on empêche l'affection des tendons et de leurs gaînes. Ce panaris phlegmoneux se manifeste d'abord par une douleur aiguë qui ne tarde pas à être accompagnée de gonflement, de tension, de chaleur et de rougeur de la partie affectée: ces accidens, bornés d'abord au doigt malade, s'étendent ensuite à toute la main, et même à l'avant-bras, moins souvent toutefois que dans l'espèce suivante; le gonflement est surtout très marqué au dos de la main, où le tissu cellulaire est, comme on le sait, fort lâche. Les ganglions du coude et de l'aisselle s'engorgent et deviennent douloureux. La suppuration est la suite ordinaire de ces phénomènes, mais elle est presque toujours bornée au doigt malade, où il est facile de sentir la fluctuation, et d'où elle ne s'étend que rarement à la main ou à l'avant-bras.

Il est une variété de cette seconde espèce, dont quelques auteurs seulement, et Ravaton en particulier, ont fait mention. Dans cette variété, le panaris a la plus grande ressemblance avec un petit anthrax; on pourrait le nommer *anthracoïde*. Ce panaris anthracoïde peut se montrer sur toute l'étendue du doigt, mais il se manifeste plus souvent à la région dorsale et sur les côtés de cette partie qu'à la région palmaire, siége plus ordinaire du panaris phlegmoneux proprement dit. La tumeur inflammatoire qui se développe est plus élevée et plus circonscrite que dans ce dernier; la coloration rouge violacée de la peau rappelle celle de l'anthrax. Au bout de quelques jours, il se forme à la peau, soit une seule ouverture, soit plusieurs petites qui se réunissent alors pour en former une plus étendue, à travers laquelle s'échappe, comme dans le clou ordinaire, un paquet de tissu cellulaire mortifié, véritable bourbillon. L'ulcération ne tarde ensuite à se cicatriser que lorsqu'il y a eu un trop grand décollement de la peau, dont on est alors obligé de retrancher quelques lambeaux.

Le panaris de la gaîne commence comme celui du tissu cellulaire; mais bientôt les accidens prennent une intensité plus grande encore que dans ce dernier cas; la douleur devient si excessive, qu'Astruc a cru devoir créer, pour la désigner, une expression particulière: il l'a appelée *pertérébrante*. C'était sans doute un panaris de cette sorte qu'avait ce meunier dont parle David: «Ce malheureux, en proie à des souffrances horribles, se fit lui-même avec une hache l'amputation du doigt malade.» La tuméfaction et la tension du doigt

sont souvent moindres dans cette espèce de panaris que dans la précédente ; et cette circonstance, jointe à l'intensité de la douleur, qui pourrait ne pas paraître en rapport avec ces symptômes, peut faire soupçonner et reconnaître de prime abord le véritable siége et le caractère de la maladie. C'est surtout dans ce panaris de la gaîne que la main, l'avant-bras et même le bras deviennent le siége d'un gonflement considérable, à la suite duquel il se forme, communiquant ou non avec celle du doigt, des collections purulentes, qu'il ne faut pas négliger d'ouvrir, et qui sont quelquefois suivies d'un tel désordre que l'amputation du membre peut devenir indispensable.

La quatrième espèce de panaris se montre surtout au niveau de la dernière phalange des doigts; le gonflement n'est jamais très marqué, la rougeur de la peau n'est que peu intense; et cependant la douleur est des plus fortes sans être cependant aussi vive que dans le panaris de la gaîne. Le reste du doigt paraît souvent à peine participer à la maladie, qui se termine par la chute de la phalange nécrosée.

Tous ces phénomènes locaux sont presque toujours accompagnés de symptômes généraux : ceux-ci sont plus ou moins marqués, suivant la gravité du panaris, et surtout suivant l'intensité de la douleur qui l'accompagne. Il existe un état fébrile plus ou moins prononcé, la chaleur est considérable, la bouche est sèche et brûlante, la langue rouge et quelquefois couverte d'un enduit brunâtre et fuligineux ; la soif est des plus vives, l'appétit tout-à-fait nul : l'altération et la pâleur extrême de la face dénotent les souffrances du malade, que poursuit une insomnie opiniâtre, et qui est quelquefois en proie à un délire furieux.

La terminaison la plus ordinaire du panaris est, sans contredit, la suppuration; cependant, dans quelques cas malheureusement trop rares, par l'intervention habilement dirigée des moyens de notre art, on voit des panaris, qui s'annonçaient sous les apparences les plus formidables, se résoudre et guérir sans formation de pus. Quand cette résolution arrive, on voit diminuer peu à peu, et cesser enfin entièrement, les divers accidens dont je viens de tracer le tableau.

La terminaison par suppuration est des plus faciles à reconnaître dans le panaris érysipélateux : la transparence de l'épiderme laisse apercevoir, au premier coup d'œil, le fluide pu-

rulent jaunâtre qu'il recouvre. Dans le panaris phlegmoneux au contraire, où le foyer purulent est recouvert par la peau, qui présente souvent beaucoup d'épaisseur et de dureté, la fluctuation est quelquefois un peu obscure : avec un peu d'attention cependant il est impossible de ne pas la reconnaître. La sortie du pus, à travers l'ulcération naturelle de la peau, ou au moyen d'une ouverture artificielle faite à cette membrane, est bientôt suivie du dégorgement des parties molles du doigt, qui revient peu à peu à son état naturel, et conserve l'intégrité de ses fonctions.

Le chirurgien a souvent besoin, dans la troisième espèce de panaris, de la plus grande attention pour s'assurer de la présence du pus dans la gaîne des tendons. Souvent même on n'en est averti que lorsque, au moyen d'une ulcération à la paroi antérieure de la gaîne, très mince, comme on sait, au niveau des articulations des phalanges, le liquide vient former une collection dans le tissu cellulaire sous-cutané. Que le pus formé au milieu des parties enflammées ait ulcéré les parois de la gaîne et les parties molles extérieures, pour se frayer une issue au dehors, ou qu'une ouverture artificielle ait été pratiquée, les suites de la suppuration sont les mêmes dans les deux cas : les tendons mis à découvert ne tardent pas à s'altérer; ils se ramollissent, deviennent comme pulpeux, s'exfolient, et leur chute entraîne à sa suite l'immobilité du doigt malade.

La main la plus exercée est souvent nécessaire aussi pour reconnaître les abcès développés sous l'aponévrose palmaire, aux environs du ligament annulaire du poignet, et entre les couches musculaires de l'avant-bras. Cependant, il est d'autant plus nécessaire de reconnaître aussitôt que possible l'existence de ces foyers purulens, qu'ils déterminent en augmentant de volume, des décollemens considérables, et qu'ils contribuent toujours à entretenir les accidens généraux et locaux.

Quand l'inflammation s'est étendue aux membranes synoviales des articulations phalangiennes, la suppuration continue à être fort abondante après la séparation des tendons; les phalanges jouissent d'une grande mobilité les unes sur les autres : la crépitation que déterminent ces mouvemens atteste l'altération, la carie de leur surface articulaire, que confir-

ment du reste l'induration chronique des parties molles, et des ulcères fistuleux, à travers lesquels un stylet peut facilement pénétrer jusqu'aux portions d'os altérées par la carie.

Dans notre dernière espèce de panaris, il ne se forme pas ordinairement une grande quantité de suppuration. L'ulcération qui résulte de l'ouverture artificielle ou spontanée de cette petite collection de pus sert à la sortie ou à l'extraction de la portion d'os nécrosée.

On voit quelquefois le panaris se terminer par gangrène; cette terminaison survient, causée ordinairement par l'excès de l'inflammation: elle est annoncée par le changement de coloration de la partie malade, qui noircit et se couvre de phlyctènes remplies de sérosité trouble, par la diminution du gonflement, et la cessation complète de tout sentiment douloureux. La mortification, le plus souvent, ne s'étend pas au-delà du doigt malade, dont la nature opère plus tard la séparation spontanée, ou dont il faut le plus ordinairement pratiquer l'amputation.

Enfin les désordres locaux et les accidens généraux peuvent être portés assez loin pour entraîner la perte du malade au milieu des plus cruelles douleurs.

C'est pour avoir négligé de séparer avec soin le traitement de l'inflammation et celui de la suppuration, périodes cependant bien distinctes du panaris, et qui fournissent des indications curatives tont-à-fait différentes, que les auteurs ont tant multiplié les moyens qu'ils ont employés contre cette maladie. L'histoire de tous ces moyens serait aussi fastidieuse qu'inutile, si, d'ailleurs, elle ne nous était pas interdite par les bornes que prescrit le but de cet ouvrage. Citons seulement, pour les proscrire, les principaux d'entre eux, tels que l'application de l'eau froide et l'immersion dans l'eau bouillante recommandées, l'une par Aétius, qui prescrivait aussi le cérumen des oreilles, et l'autre par F. d'Aquapendente et Dusaussoy; l'introduction du doigt malade dans l'oreille d'un chat, suivie deux fois de succès, au rapport de L. Rivière l'application de la fiente de porc et des matières stercorales de l'homme; celle des caustiques dès les premiers instans de la maladie; l'usage de l'électricité proposée par Sigaud-Lafond; celui d'une compression circulaire au-delà de la partie enflammée; l'emploi de cendres très chaudes, de vers lombrics

vivans, mis à nu sur la partie malade, de matières bitumineuses, de soufre, etc., etc.

Au véritable traitement du panaris se rapportent, 1° l'exposition des moyens à employer dans la première période, ou période inflammatoire; 2° l'indication de la conduite à tenir après que la suppuration est établie. Durant la première période, les moyens thérapeutiques auxquels on doit avoir recours sont absolument les mêmes que ceux que réclament les autres inflammations. Comme dans celles-ci, les antiphlogistiques et les émolliens doivent d'abord être mis en usage. Peu de personnes, au début des panaris, ont recours aux sangsues, dont Bell a recommandé l'emploi : cependant, je les ai prescrites, dans plusieurs cas, avec le plus grand succès ; mais pour qu'elles puissent procurer les heureux effets qu'on est en droit d'en attendre, l'application ne doit en être faite qu'au début de la maladie, et sur des parties qu'elle n'a point encore envahies, autour de la base du doigt, par exemple, quand l'inflammation ne s'y est point encore étendue.

Après la saignée locale, répétée un plus ou moins grand nombre de fois, suivant les effets qu'on en a retirés, il faut recourir aux émolliens, et les employer sous toutes les formes possibles. Les parties malades devront être continuellement recouvertes de cataplasmes émolliens, assez épais pour conserver long-temps leur chaleur et leur humidité, et baignées, plusieurs fois par jour, dans une forte décoction de plantes émollientes. Mais comme, en général, ces topiques ne diminuent que fort peu l'intensité de la douleur, source évidente de presque tous les autres accidens du panaris, il faut diriger, contre ce symptôme, des secours plus efficaces et des remèdes plus énergiques. Quoique peu recommandées par les auteurs, les préparations opiacées produisent ici les plus heureux effets : en arrosant de laudauum les cataplasmes destinés à être appliqués sur les parties malades, et en faisant séjourner long-temps celles-ci dans une forte solution aqueuse d'extrait gommeux d'opium, on anéantit quelquefois la douleur, dont la diminution produit un amendement marqué dans tous les autres symptômes, et souvent amène la terminaison par résolution. N'oublions pas de dire, avant d'aborder la question des incisions prématurées, que des saignées générales devront être employées dès le début, et qu'on devra les proportionner

à la gravité de la maladie et à la vigueur des personnes qui en sont affectées.

Ces incisions prématurées, faites pendant la durée de la période inflammatoire du panaris, se trouvent recommandées par un assez grand nombre d'auteurs anciens, qui croyaient pouvoir donner issue à la sérosité âcre et corrosive qu'ils pensaient être la cause de la maladie dont il s'agit ici : elles sont encore mises en pratique par la plupart des chirurgiens modernes, dans le double but de faire cesser la douleur et de s'opposer, en arrêtant les progrès du panaris, à l'affection des tendons et de leurs gaînes. Quand on considère, en effet, la densité si remarquable du tissu cellulaire des doigts, l'épaisseur de la peau qui le recouvre, et surtout, si l'on a égard à l'opinion généralemeut admise, que c'est à ces dispositions naturelles, à l'espèce de constriction ou d'étranglement qu'éprouvent les parties malades, qu'il faut attribuer la gravité des accidens du panaris, cette espèce de débridement paraît d'abord devoir procurer les plus grands avantages. La théorie paraît ici des plus satisfaisantes; et cependant les faits pratiques, écueil de toute explication hypothétique et hasardée, démentent tous les jours les heureux effets des incisions prématurées. Voici ce que l'expérience m'a appris à cet égard : une incision faite avant la formation du pus paraît diminuer la douleur, affaiblir l'intensité du panaris quand il est borné au tissu cellulaire sous-cutané ; mais celui-là n'est jamais très douloureux, et ne paraît pas nécessiter un moyen que l'usage des autres remèdes peut très bien remplacer et rendre inutile plus tard, en prévenant la terminaison par suppuration. Fera-t-on cette incision, suivant l'opinion de quelques personnes, pour prévenir l'extension de l'inflammation à la gaîne tendineuse, extension dont la possibilité devrait d'abord reposer sur les observations les plus précises, et qu'on pourrait d'ailleurs révoquer en doute? Mais l'emploi de ce moyen ne m'a jamais paru atteindre le but désiré. J'ai constamment vu, malgré la section de la peau et du tissu cellulaire, la douleur et les autres accidens persister, la suppuration s'établir dans la gaîne des tendons, quand l'intensité de ces accidens pouvait faire craindre ce fâcheux résultat; tandis que des faits nombreux et observés avec le soin le plus scrupuleux m'ont démontré que le panaris phlegmoneux ne chan-

geait pas de caractère pour en revêtir un plus grave, bien qu'on n'eût pas employé le débridement. Dans le panaris de la dernière espèce, où cette division des parties molles extérieures ne procure aucun soulagement, et n'apporte aucun adoucissement à la maladie, fendra-t-on de prime abord la gaine tendineuse? se décidera-t-on à dénuder les tendons, ou à inciser jusqu'aux os, ainsi que le veulent certains praticiens? Mais quels seraient les regrets du chirurgien, si, par une erreur de diagnostic dans laquelle il est facile de tomber, appliquant mal à propos à un panaris phlegmoneux un moyen thérapeutique au plus convenable dans celui de la gaîne, il amenait la perte des mouvemens du doigt, suite inévitable de ce dernier cas, ou de la section des tendons proposée par quelques chirurgiens? Je ne crains donc pas de rejeter entièrement ces incisions prématurées, le plus souvent inutiles, et quelquefois dangereuses. Ravaton avait depuis long-temps déjà reconnu et proclamé leur inutilité; et c'est après avoir fait la même observation qu'un autre praticien consomme, Foubert, proposa l'emploi des caustiques, préconisés depuis par Fabre et Sue, abandonnés tout-à-fait de nos jours, et cependant plus propres, suivant ces auteurs, à cause de la destruction qu'ils opèrent, à atteindre le but auquel on désire parvenir par la division avec l'instrument tranchant.

A sa seconde période, le traitement du panaris présente quelques différences, suivant les espèces de cette maladie: dans le panaris érysipélateux, l'on doit ouvrir, aussitôt que possible, la collection purulente, et même enlever avec les ciseaux une partie plus ou moins considérable des parois de l'ampoule qui s'est formée à l'extrémité ou à la pulpe du doigt. La surface du derme, mise alors à nu, rouge comme après l'action d'un vésicatoire, et sur laquelle on applique de petits plumasseaux enduits de cérat, suppure pendant quelques jours, et se couvre bientôt d'un nouvel épiderme. Quand le pus est placé sous l'ongle, le foyer ne tarde guère à proéminer sur un des points de la circonférence où l'on doit en faire l'ouverture: mais cela ne suffit pas toujours; et quand, baignés par le pus, les bords ou la racine de l'ongle, séparés des parties sous-jacentes par la suppuration, irritent les parties molles voisines, et les entretiennent dans un état permanent d'ulcération, si la chute spontanée de ce corps se fait trop

long-temps attendre, son arrachement partiel ou total devient indispensable.

La conduite à tenir est également des plus simples, quand le panaris phlegmoneux s'est terminé par un abcès. On doit pratiquer une ouverture artificielle sur l'endroit le plus saillant de la tumeur, là où la présence du liquide permet de reconnaître la fluctuation: de cette manière, on donne une issue au pus, et l'on calme promptement les douleurs du malade. Les lèvres de la plaie, entre lesquelles on a d'abord mis un peu de charpie, se dégorgent, s'affaissent en même temps que disparaissent les phénomènes sympathiques généraux et locaux; et bientôt la cicatrisation de cette plaie, traitée comme une plaie simple, permet au doigt de reprendre ses fonctions un moment interrompues.

Le traitement de la seconde période du panaris de la gaîne mérite la plus grande attention. Les parties molles extérieures du doigt et la paroi antérieure de cette gaîne doivent être fendues aussitôt que la suppuration est formée. Par une première incision faite à la peau, on pénètre dans le tissu cellulaire sous-cutané, où se trouve quelquefois amassée une certaine quantité de pus, formé par suite de l'inflammation de ce tissu coïncidant avec celle de la gaîne, ou sorti de cette gaîne par de petites ulcérations qui s'établissent sur les points les plus minces de sa paroi antérieure, et principalement au niveau de l'articulation des phalanges entre elles. Lorsqu'une ou plusieurs de ces petites ulcérations existent, la sortie du pus, qu'elles transmettent au-dehors, ne laisse plus aucun doute sur la suppuration de la gaîne, qui doit être aussitôt largement ouverte. Le lieu d'où l'on voit sourdre le pus indique celui où doit être portée l'extrémité d'une sonde cannelée: celle-ci pénètre avec facilité dans la gaîne distendue par la suppuration, et sert de guide au bistouri, à l'aide duquel on ouvre le foyer dans toute son étendue. Quand il n'y a pas d'ouverture à la gaîne, le cas peut être embarrassant. Faut-il ou non inciser? Le plus sage parti est alors d'attendre qu'une ouverture se soit faite à la gaîne, à moins que l'intensité toujours croissante des accidens ne permette plus de douter de la suppuration de la gaîne, à laquelle il faudra faire alors une incision. Les suites naturelles de cette opération, après laquelle les symptômes généraux et locaux de la maladie éprouvent

ordinairement une rémission marquée, sont le ramollissement et la séparation des tendons mis à découvert. Cette chute des tendons ne se fait pas attendre aussi long-temps que le peu d'énergie vitale dont ils sont doués pourrait le faire craindre; très souvent elle est effectuée dans l'espace de quinze ou vingt jours. La plaie ne prend un bon aspect qu'après leur exfoliation complète; elle se cicatrise alors avec assez de promptitude; mais le doigt, dépourvu de tendons fléchisseurs, condamné pour toujours à une complète immobilité, que suit bientôt l'ankylose des articulations de ses phalanges, reste constamment étendu par l'action des extenseurs, ou à demi fléchi par la cicatrice bridée de sa face antérieure.

Les abcès qui se forment souvent, dans cette espèce de panaris, autour du poignet, à l'avant-bras et au bras, doivent être promptement ouverts, et traités ensuite suivant les règles générales précédemment établies dans notre article Abcès. Le délabrement des parties molles peut être porté assez loin pour nécessiter l'amputation du membre.

Quand l'inflammation s'est étendue aux membranes synoviales des articulations des phalanges, et que ces petits os sont affectés de carie, il faut insister sur les moyens que réclame cette maladie, et notamment sur l'usage long-temps continué des bains alcalins. Cet état des phalanges finit le plus ordinairement par nécessiter le retranchement d'un doigt qui, d'ailleurs, n'aurait jamais pu reprendre ses fonctions.

Enfin, dans la quatrième espèce de panaris, qu'une incision ait été faite pour donner issue au pus, ou qu'au contraire une ouverture naturelle se soit établie, l'introduction d'un instrument explorateur fera bientôt reconnaître l'isolement de la phalange, dont toutes les adhérences sont détruites; c'est une sorte de séquestre dont il faut faire l'extraction. Ce qu'il y a de plus extraordinaire, c'est que, malgré la perte de cette phalange, l'extrémité du doigt n'est que peu déformée, et suscepceptible encore de se mouvoir comme avant la maladie.

Roux.

Presque tous les auteurs qui, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, ont traité des maladies chirurgicales et des opérations, ont décrit le panaris et son traitement. Nous devons donc renvoyer, pour la bibliographie de cette maladie, aux principaux traités de chirurgie et

d'opérations, et en particulier à ceux de Paré, Dionis, Garengeot, Heister, Callisen, Richter, Boyer. Un petit nombre d'écrits ont été publiés; ce sont, en outre, plusieurs dissertations inaugurales peu importantes :

GLANDORP (Matth. L.). *Methodus medendæ paronychiæ : access. decas observationum.* Brême, 1623, in-8°. Et *Opp. omn.*

BIDAULT. *Ergo in omni paronychia partis incisio præferenda.* Thèse. Paris, 1772, in-4°.

FOCKE (J. L. Alb.). *Diss. de panaritio.* Gottingue, 1786, in-8°. Et dans *Nuester Sammlung di auserl. u. nuest. Abhandl. für Wundcärzte.* n° 3, p. 157.

FLAJANI (Jos.). *Osservationi pratiche sopra l'amputazione de gli articoli... ed il panereccio.* Rome, 1791, in-8°.

SUE (P.). *Réflexions et observations pratiques sur le panaris.* Dans *Mém. de la Soc. méd. d'emulation.* 2e année, an VII, p. 284.

CYVOST (F. M.). *Essai sur le panaris.* Thèse. Paris, an IX, in-8°.

LETOUZÉ. *Diss. sur le panaris.* Thèse. Paris, 1811, in-4°.

WARDROP (James). *An account of some diseases of the toes and fingers, with observations on their treatment.* Dans *Transact. med. chir. of London.* 1814, t. V, p. 129.

CRAIGIE (David). *Observutions pathological and practical on whitlöe.* Dans *The Edinb. med. and surg. Journ.* 1828, t. XXIX, p. 255.

GRIMM. (J. C. L.). *Ueber den sogenannten Wurm im Finger.* Hanovre, 1826.

R. D.

PANCREAS. — Glande située à la partie postérieure de la région épigastrique, au-dessous de l'estomac et du foie, au-dessus de la portion transversale du duodénum, devant l'aorte et la veine cave, derrière le mésocolon transverse : plus volumineuse que la parotide, elle a jusqu'à six pouces de longueur chez l'adulte, et un pouce d'épaisseur. Elle est d'une forme irrégulière, plus large à son extrémité droite qu'à son extrémité gauche, allongée transversalement, aplatie d'avant en arrière, et un peu de haut en bas, offrant postérieurement une courbure qui correspond à la convexité du rachis; sa couleur est d'un jaune brunâtre, et sa consistance assez ferme. L'extrémité droite du pancréas, qu'on nomme encore sa tête, à cause de sa forme et de sa grosseur, est reçue dans la concavité de la seconde courbure du duodénum, et lui adhère fortement; dans le reste de son étendue, cette glande est fixée aux parties voisines par un tissu cellulaire lâche, qui forme autour d'elle une enveloppe assez résistante à travers laquelle on

distingue aisément les lobes et les lobules qui la constituent. Sa structure est d'ailleurs la même que celle des autres organes glanduleux, spécialement de ceux qui appartiennent à l'appareil salivaire (*voy.* SALIVAIRES) (glandes). Dans quelques sujets, l'extrémité du pancréas offre un prolongement assez marqué, que plusieurs anatomistes ont nommé petit pancréas, et qui a son couduit excréteur particulier, lequel s'ouvre, tantôt dans le canal pancréatique, et tantôt directement et isolément dans le duodénum.

Le conduit excréteur du pancréas, nommé encore *canal de Wirsung*, est formé, comme les autres conduits de ce genre, par la réunion successive de plusieurs branches qui se joignent ensemble à angle aigu, près de l'extrémité gauche de la glande, qui est mince et allongée, et qu'on appelle queue du pancréas, par opposition avec l'extrémité droite. Il se dirige ainsi de gauche à droite, recevant dans son trajet d'autres rameaux très nombreux, qui se réunissent à lui à angle droit, et augmentent peu à peu son calibre, de telle sorte qu'il a souvent une ligne et demie de diamètre. Il rampe dans l'épaisseur de la glande, un peu plus près de son bord inférieur que de son bord supérieur; de nouvelles branches viennent s'aboucher avec lui jusqu'à sa sortie de l'intérieur du pancréas; après un court trajet, il perce obliquement de haut en bas les membranes du duodénum, et s'ouvre dans la cavité de cet intestin, à quatre ou cinq travers de doigt environ du pylore, vers le bas de la seconde courbure duodénale : quelquefois il pénètre dans le duodénum, à dix pouces du pylore. Le plus ordinairement, son orifice est isolé de celui du canal cholédoque, mais il n'est pas très rare de les voir confondus en une seule ouverture, quand il s'abouche avec ce dernier près de son extrémité. Le canal pancréatique, qui s'est élargi progressivement vers son orifice, se rétrécit à l'endroit de son embouchure dans le duodénum : ce qu'on a considéré comme une valvule dans ce point n'est autre chose que la cloison qui le sépare alors du canal cholédoque.

Le pancréas reçoit beaucoup de vaisseaux sanguins; ses artères viennent de l'hépatique, de la splénique, de la mésentérique supérieure, des capsulaires, des phréniques et de la coronaire stomachique. Les rameaux veineux qui suivent un trajet analogue à celui des artères se rendent dans les veines

duodénale, gastro-épiploïque droite, splénique et mésentérique inférieure, branches qui s'ouvrent elles-mêmes dans la veine porte abdominale. Les nerfs viennent des plexus hépatique, splénique et mésentérique supérieur.

Le pancréas sécrète un liquide filant, analogue à la salive, qui est versé immédiatement dans le duodénum, et dont les usages sont relatifs à la digestion. Le volume du pancréas et la multiplicité de ses vaisseaux portent à penser que cette humeur doit être sécrétée en grande quantité. On la désigne ordinairement sous le nom de *suc pancréatique*.

Le pancréas est, comme tous les organes glanduleux, très développé chez le fœtus. Meckel a remarqué que son conduit excréteur est constamment double dans le principe, c'est-à-dire, qu'indépendamment du canal qui doit persister, il en existe un second qui s'ouvre séparément dans le duodénum. Quelquefois cette duplicité congénitale du conduit pancréatique ne disparaît pas à la naissance, et la glande offre ainsi deux conduits distincts. Suivant Lieutaud, le pancréas peut manquer complétement; il peut aussi présenter un volume considérable par suite de l'hypertrophie de son tissu qui est quelquefois d'une dureté remarquable. On a trouvé, mais rarement, des calculs assez gros dans son conduit excréteur.

OLLIVIER.

WIRSUNG (J. G.). *Icon ductus pancreates.* Padoue, 1642, in-fol.

GRAAF (Regner de). *Tractatus anat. med. de succi pancreatici natura et usu.* Leyde, 1664, in-12. Et dans Manget, *Bibl. anat.*, t. I, p. 177. — En franç. avec additions, sous ce titre: *Traité de la nature et de l'usage du suc pancréatique, où plusieurs maladies sont expliquées.* Paris, 1666, in-12, fig.

SWALWE (Bern.). *Pancreas pancrene seu pancreatis et succi ex eo profluentis commentum succinctum.* Amsterd., 1667, in 12. Ibid., 1671, in-12.

BRUNNER (J. Conr.). *Experimenta nova circa pancreas, et diatribe de lympha et de genuino pancreatis usu.* Amsterdam, 1682, in-8°. — Edit. auct. Leyde, 1722, in-8°. — *De experimentis circa pancreas novis confirmatis.* Dans *Miscell. acad. nat. cur.* Dec. 2, an VII, 1688, p. 243. Extr. dans *Collect. acad. p. étrang.*, t. VII, p. 658.

BEHR (Gr. Henr.). *Diss. de pancreate ejusque liquore.* Strasbourg, 1730, in-4°.

SANTONI (J.). *Diss. de hepato, liene et pancreate.* Dans son *Anat. corp. hum.* Turin, 1771, in-4°, p. 104. Et dans ses *Diss. anat.* VII. Ibid., 1745, in-8°, p. 222.

D'Orville (Ph.). *De fabricâ et usu pancreatis.* Leyde, 1745, in-4°.

Wacher (J. Chr.). *Diss. de conditionibus pancreatis materialibus.* Halle, 1805, in-8°. Réimpr. dans Brera. *Syll. select. opusc.*, t. vii, p. 224.

Hildebrandt (Fr.). *Ueber den Zweck des Pancreas.* Dans *Abhandl. der phys.-med. Soc. zu Eerlangen*, t. i, 1810, p. 251.

Mayer (A. C.). *Blase für den Saft des Pancreas.* Dans *Meckel's Archiv.*, t. i, p. 297, t. iii, p. 170.

Tiedemann (Fr.). *Ueber die Verschiedenheiten des Ausfürungsganges der Bauchspeicheldrüse bei dem Menschen und Saügethieren.* Dans *Meckel's Archiv.*, t. iv, p. 403. Trad. dans *Journ. compl. du Dict. des sc. méd.*, t. iv, p. 330.

§ II. Maladies du pancréas. — Parmi les organes situés dans la cavité abdominale, le pancréas est peut-être celui qui, pendant long-temps, a le moins fixé l'attention des pathologistes ; aussi les notions sur les maladies de cet organe sont-elles restées long-temps incomplètes. La science ne possédait que quelques faits épars, à peine observés, qui ne pouvaient pas fournir les matériaux d'une description un peu exacte. Des travaux plus récents sont venus, depuis un certain nombre d'années, jeter quelque jour sur cette partie encore arriérée de la pathologie, et, s'ils n'ont pas encore dissipé entièrement l'obscurité, dont s'environnent les maladies du pancréas, ils ont du moins contribué à éclaircir les points les plus douteux et préparé la voie pour des recherches ultérieures. Les travaux de Harless, de Schmackfeffer, la thèse de M. Bécourt, soutenue à la Faculté de médecine de Strasbourg ; le Mémoire de M. Mondière, inséré dans les *Archives de médecine*, les travaux des docteurs Bright et Bigsby, enfin, un assez grand nombre de faits épars dans les recueils périodiques français et étrangers que nous indiquerons, constituent toute la richesse de la science sur ce sujet, et sont les sources auxquelles nous avons eu recours pour la rédaction de cet article.

I. *Plaies du pancréas.* — On ne connaît aucun cas de plaies du pancréas ; mais les expériences de Brunner établissent qu'elles ne seraient pas par elles-mêmes très dangereuses.

Déplacemens. — Quoique maintenu d'une manière solide dans la région qu'il occupe, le pancréas peut cependant s'en éloigner, et subir des déplacemens plus ou moins considé-

rables. C'est ainsi que l'on a vu cet organe contenu dans la poitrine, lorsqu'une partie du diaphragme venait à manquer. G. Clauder a trouvé une hernie diaphragmatique de l'estomac, du duodénum et du pancréas, sur le cadavre d'un homme mort de la maladie noire (*De obs. pract. anatomica mirabili ad Marcum Ruisch;* Padoue, 1661, in-4°). Le même déplacement a été observé par M. Campbell, d'Édimbourg, sur un enfant qui vécut six semaines (*Recueil périodique*, t. LXXVIII, p. 416); et par le docteur G.-E. Weyland, sur un sujet dont une partie des organes abdominaux étaient renfermés dans le côté gauche de la poitrine, tandis que le côté droit renfermait le cœur, le thymus et les deux poumons.

Outre ces cas de déplacemens congénitaux du pancréas, la science possède d'autres faits qui prouvent que ce déplacement peut s'effectuer à travers une rupture du diaphragme. Wecher a vu un cas de cette espèce (Brera, *Sylloge select. opusc.*, t. VII, p. 249), et le docteur Cavalier, dans sa dissertation sur les hernies du diaphragme, cite un cas semblable, publié par Saint-André, dans l'ouvrage de Gohl. Dans ce dernier cas, après des efforts violens déterminés par un émétique très violent, des convulsions survinrent tout-à-coup, et le malade succomba. L'on trouva une déchirure du diaphragme, à l'endroit où le nerf intercostal passe de la poitrine dans le bas-ventre. Une portion de l'épiploon, du colon, et le pancréas, étaient déjà dans la cavité gauche de la poitrine, où la déchirure de quelques vaisseaux avait produit un épanchement de sang considérable.

Le pancréas peut aussi être contenu avec d'autres viscères dans une exomphale congénitale. Marrigues, chirurgien à Versailles, a publié deux cas de cette espèce, recueillis l'un sur un enfant à terme, mais non vivant, et l'autre sur un fœtus d'environ cinq mois (*Ancien Journ. de méd.*, t. II, p. 32). Lowel a vu un cas semblable chez un enfant qui vécut cinq jours (*Dict. de méd.*, 2e édit., t. I, p. 131). Quelquefois aussi l'on observe le même déplacement dans un genre de monstruosité que M. Geoffroy Saint-Hilaire a décrit sous le nom d'*aspalasome* (*Journ. complémentaire*, t. XXI, p. 236 et 370).

Enfin, l'on a observé encore une autre espèce de déplacement du pancréas, qui paraîtra beaucoup plus extraordinaire que les précédens : c'est l'invagination de cette glande dans une

portion du tube digestif. M. Baud, chirurgien de la marine de Brest, a fait connaître un fait de cette nature. Un homme, âgé de vingt-quatre ans, succomba à une invagination intestinale tellement considérable, que le colon descendant et le rectum contenaient toute la portion du tube digestif située au-dessus: à l'extrémité supérieure de cette invagination, on voyait le duodénum et l'iléon se plonger dans le colon descendant, et, au milieu, le pancréas dans une situation perpendiculaire (*Recueil périodique*, t. XXIV, p. 20). M. Guibert a observé un déplacement analogue sur un enfant de trois ans (*Journ. universel*, t. LIII, p. 155).

Rupture.—La rupture du pancréas est très rare; M. Mondière (*Archives de méd.*, 2e sér., t. II, p. 52) n'a pu en rencontrer qu'un seul cas dans les auteurs nombreux qu'il a consultés, et ce cas a été rapporté par M. Travers de Londres (*The Lancett.*, 1826-27, t. XII, p. 384): Une femme, qui était dans un état complet d'ivresse, fut violemment heurtée par une roue de voiture qui lui brisa plusieurs côtes; transportée à l'hôpital, elle y succomba quelques heures après. A l'autopsie, on trouva le pancréas complétement déchiré transversalement; le foie était également rompu, et il y avait dans l'abdomen un épanchement considérable de sang; la veine porte était intacte.

Vices de la sécrétion pancréatique. — Le pancréas peut, ainsi que les glandes salivaires, avec lesquelles il offre la plus grande analogie de texture et de fonctions, présenter une augmentation de la sécrétion dont il est le siége; mais il a été impossible jusqu'ici de rapporter à une altération quelconque du pancréas cette augmentation de sa sécrétion.

Suivant quelques observateurs, la sécrétion pancréatique peut subir une augmentation considérable, et produire ces déjections abondantes auxquelles les auteurs donnaient le nom de *flux*. C'est à cette sécrétion, devenue excessive, que Portal rapportait la plupart des diarrhées, et Wedeking le flux céliaque. Dupuytren, comme on le sait, avait pensé que le pancréas pouvait bien être la source de ces évacuations si abondantes qui s'observaient dans le choléra. M. Mondière se demande (*l. c.*, p. 53) si l'on ne pourrait pas rapporter à cette augmentation de la sécrétion pancréatique les observations rapportées par Marcellus Donatus et Poterius, dans lesquelles des individus rendaient en un jour, et sans douleur, plusieurs

livres de sérosité. Sans doute, il est possible d'admettre que le pancréas puisse, ainsi que les glandes salivaires, fournir dans certaines occasions une plus grande quantité de liquide que dans l'état ordinaire, mais nous pensons qu'il faut apporter dans l'appréciation de ces faits une réserve excessive, et rien jusqu'à présent n'indique qu'on puisse attribuer ces flux abondans au pancréas, plutôt qu'à l'appareil folliculeux du canal intestinal.

M. Mondière (*l. c.*), procédant par voie d'analogie, rapporte plusieurs faits d'hydropisie qui ont été jugés par une sécrétion abondante des glandes salivaires; et ce médecin en conclut que l'on peut attribuer à l'augmentation de la sécrétion pancréatique la guérison de certaines hydropisies que l'on a vu disparaître à la suite de vomissemens et de déjections abondantes d'une eau claire, onctueuse, d'un goût salé et désagréable. Dans un des faits qu'il cite à l'appui de son opinion, les vomissemens étaient précédés d'anxiété et d'un sentiment de plénitude et de gonflement à l'épigastre. Nous pensons encore qu'il peut en être ainsi dans certains cas; mais la sensation de plénitude vers la région épigastrique ne nous paraît pas suffisante pour prouver que ces flux tiennent à la sécrétion augmentée du pancréas: nous pensons qu'ici encore il faut attendre pour juger en dernier ressort, car les faits manquent pour pouvoir résoudre la question.

M. Mondière pense que le liquide sécrété par le pancréas, en même temps qu'il devient plus abondant, acquiert probablement des qualités irritantes. Suivant ce médecin, il est très probable qu'un certain nombre de cas de pyrosis doit être attribué à cette cause. Sans cependant rapporter exclusivement le pyrosis à la sécrétion pancréatique viciée et augmentée, M. Mondière croit qu'il faut tenir compte de cette cause, et il s'appuie sur le fait que, chez un certain nombre des sujets sur lesquels on a observé le pyrosis, on a noté des vomissemens d'un liquide qui a fréquemment l'apparence de la salive, qui est souvent âcre, excitant, et quelquefois même presque caustique. Sans rejeter entièrement ces diverses opinions de M. Mondière, nous attendrons encore avant de les admettre. L'histoire de ces flux pancréatiques est encore trop peu avancée: il existe jusqu'ici un trop petit nombre de faits, et la plupart d'entre eux sont même trop incomplets pour que l'on puisse

tracer d'une manière un peu rigoureuse l'histoire de cette affection, et lui assigner sa véritable valeur pathologique. Il était cependant important de ne point les passer sous silence; car, en les exposant, même avec l'apparence du doute, c'est attirer l'attention; c'est appeler de nouveaux faits, et, par conséquent, attirer la lumière sur un point encore obscur de la science.

Inflammation du pancréas (pancréatite).— L'inflammation du pancréas peut affecter la forme aiguë ou chronique. Suivant M. Bécourt (*Recherches sur le pancréas, etc.*, Th. de Strasbourg, 1830, p. 34), la forme subaiguë de la pancréatite serait la plus fréquente; mais, suivant M. Mondière, la forme aiguë s'observe aussi fréquemment. Si l'on ne juge, en effet, des maladies du pancréas que par les ouvertures cadavériques, la première de ces opinions réunit pour elle toutes les apparences, mais il faut ne pas perdre de vue que la phlegmasie aiguë du pancréas, organe qui n'est pas essentiel, ne peut être que très rarement mortelle, et que l'on a pu quelquefois attribuer à l'inflammation de l'estomac, ou du duodénum, des accidens qui dépendaient d'une pancréatite aiguë. Peut-être, lorsque la science possédera des données plus certaines sur les signes propres à cette phlegmasie, paraîtra-t-elle plus fréquente, et certains symptômes que l'on croit appartenir à la lésion d'un autre organe situé dans la région épigastrique, seront-ils reconnus comme dépendant d'une pancréatite aiguë.

La pancréatite peut être idiopathique ou bien la suite d'une phlegmasie de l'estomac, du duodénum et du foie; d'autres fois, on l'a observée comme sympathique de l'inflammation des glandes salivaires. Dans certains cas, l'on a pu observer une véritable métastase. Ainsi, M. Andral a vu le pancréas fortement injecté sur un individu qui succomba à une fièvre grave, et qui avait une parotide énorme. M. le docteur Roboüam, au rapport de M. Mondière, a observé un individu qui fut pris d'une parotide volumineuse: elle disparut rapidement, et fut remplacée par les symptômes d'une affection du pancréas. Ces derniers phénomènes disparurent à leur tour, et furent remplacés par une inflammation du testicule: la parotide étant survenue de nouveau, ces derniers symptômes disparurent et ne se reproduisirent plus à la suite de l'application d'un vésicatoire sur la parotide, qui fixa l'inflammation vers

cet organe, et détermina la formation d'un abcès. En général, dans la plupart des cas où la pancréatite a été constatée, c'est moins isolément qu'on l'a rencontrée, que liée à quelques autres états pathologiques. C'est ainsi que M. Fauconneau-Dufresne a vu les glandes salivaires et le pancréas rougeâtres sur un individu mort de la rage; le docteur Reunes (*Arch. de méd.*, t. VII, p. 82) l'a trouvé rouge et hypertrophié sur un individu qui succomba à une fièvre jaune et sporadique. Enfin, dans des cas de fièvres adynamiques, M. Prost l'a vu plus mou, plus gros et plus vasculeux; mais, à côté de ces observations, il en existe d'autres dans lesquelles le pancréas a été seul malade. Plusieurs faits, qui ne peuvent être rapportés qu'à la pancréatite aiguë, quoiqu'ils n'aient pas été confirmés par l'autopsie cadavérique, nous permettront aussi, joints aux précédens, de tracer l'histoire de cette phlegmasie.

Du reste, pour que l'on puisse juger de la marche et de la forme symptomatique de la maladie, qu'il nous soit permis d'en citer un seul fait dans lequel les symptômes sont assez tranchés, et où l'affection inflammatoire paraît, malgré l'absence de détails suffisans, avoir été confirmée par l'ouverture du corps. Cette observation est due à M. Schmackfeffer.

«Une fille de vingt-neuf ans, petite, forte, avait contracté la syphilis en même temps qu'elle était devenue enceinte. Après ses couches, on crut devoir la soumettre à un traitement par le sublimé. Au bout de quelque temps, les symptômes étaient disparus, mais la malade fut prise d'un ptyalisme tel, qu'elle rendait jusqu'à quatre livres de salive par jour. Cette sécrétion ayant diminué, il s'établit une diarrhée, et celle-ci augmenta au fur et à mesure que la salivation devint moins abondante; le pouls battait cent quinze fois par minute; la soif et l'ardeur du gosier étaient extrêmes; l'appétit nul; il y eut en même temps quelques envies de vomir; le ventre était tendu; la malade se plaignait surtout d'anxiété à la région épigastrique avec chaleur, douleur fixe, obtuse, profonde, et s'étendant vers l'hypochondre droit. Ces symptômes augmentaient lorsque l'estomac était plein. Après un mieux être de cinq jours, l'état général empira; il y eut un vomissement bilieux. Les remèdes appropriés ramenèrent un peu de calme; mais la malade accusait toujours vers la région sus-ombilicale une douleur profonde qui l'empêchait de se coucher sur le dos et le côté gau-

che, et augmentait par une forte inspiration. La diarrhée revint au point qu'il y avait trente selles dans vingt-quatre heures. Les matières, qui avaient été jaunes ou aqueuses, ressemblaient alors à de la salive. Quelques remèdes toniques et amers calmèrent ces symptômes et diminuèrent beaucoup la diarrhée ; en un mot, une amélioration sensible existait, lorsqu'un soir la malade fut prise d'un violent accès de fièvre, qui, ayant reparu le lendemein, ramena la diarrhée. La nuit suivante, douleur pongitive à la région épigastrique avec toux et orthopnée (une saignée est pratiquée sans succès). Le matin, gonflement des parotides, qui étaient chaudes et douloureuses, bouche brûlante, suppression des selles, pouls petit. Le mercure donné avec le camphre et l'opium, les sangsues, les synapismes, les vésicatoires aux parotides, etc., rien ne put arrêter les progrès du mal. Vers le soir, la respiration était devenue stertoreuse, l'anxiété extrême, le pouls intermittent et filiforme, les extrémités froides, la face hippocratique, et dans la nuit la malade expira.»

A l'autopsie, M. Schmackpeffer trouva le pancréas rouge, tuméfié, principalement du côté droit; il paraissait aussi plus consistant que dans l'état naturel : on vit, en l'incisant, s'écouler de sa substance de nombreuses gouttelettes de sang; son poids était de huit onces ; le canal excréteur était très dilaté : de plus, les parotides étaient enflammées; il existait quelques adhérences du poumon gauche, et un peu de sérosité dans la plèvre du même côté; tous les autres organes étaient sains (*Obs. de quibusdam pancreatis morbis*. Halle, 1817, in-4°, p. 19).

Les symptômes de la pancréatite aiguë, qui ressortent de l'analyse des observations que les auteurs ont publiées jusqu'à ce jour, sont d'abord une douleur plus ou moins vive vers la région épigastrique. Cette douleur, qui commence par être obtuse, devient de plus en plus aiguë, et quelquefois même pongitive : elle est fixe, profonde, s'irradie jusque dans la région dorsale, et augmente quand l'estomac est plein ou bien par une forte inspiration. Quelquefois même elle s'accompagne de toux et d'orthopnée ; on a même vu le décubitus sur le dos et sur le côté gauche augmenter aussi la douleur (Schmackfeffer, *l. c.*). Du reste, la disposition anatomique du pancréas et des organes environnans qui le compriment

dans certaines circonstances, nous rend suffisamment compte de cette douleur, de son siége, de sa nature et de ses variétés. Le pancréas, collé en quelque sorte contre la colonne vertébrale, se trouve comprimé par le foie lorsque le malade se couche sur le côté gauche, par l'estomac, lorsque ce viscère est distendu par des alimens, et dans l'inspiration par le diaphragme et les muscles abdominaux, qui refoulent sur lui tous les autres viscères. Du reste, cette compression est loin d'être une simple hypothèse, car elle a été constatée par MM. Tiedemann et Gmelin, dans leurs expériences sur les animaux vivans (*Expér. sur la digestion*). Toutes les fois, en effet, que l'animal sur lequel on expérimentait venait à respirer profondément, on voyait, avec l'abaissement du diaphragme, le liquide pancréatique s'écouler en plus grande abondance.

La douleur a été constatée dans tous les cas de pancréatite observés jusqu'à ce jour. En même temps que la douleur, le malade éprouve aussi un sentiment de chaleur incommode vers l'épigastre (Harless, *Ueber die Krankheiten des Pancreas*, p. 61). Dans certains cas, l'on observe aussi de la tension dans la région épigastrique (le même). Quelquefois ce n'est plus une simple tension, mais bien une tumeur dure, rénitente, qui cède lentement à la pression (Percival), et qui est, dans certains cas, presque circulaire et bien circonscrite (Crampton). La tuméfaction du pancréas n'est pas cependant toujours connue pendant la vie. Au rapport du docteur Bigsby, sur quinze cas, on n'a pu la constater que quatre fois. Dans ces quatre cas, on percevait au centre de la région épigastrique une tumeur dure, dense, fixe et douloureuse, entièrement distincte du foie et de l'estomac, et s'élevant de la profondeur de l'abdomen (*Arch. de méd.*, 2e sér., t. II, p. 359). Outre ces symptômes locaux, il existe quelquefois une diarrhée plus ou moins abondante. Lorsque l'inflammation du pancréas est sympathique de celles des glandes salivaires, on observe quelquefois une sorte de balancement entre la sécrétion pancréatique et celle de ces deux dernières glandes. Ainsi lorsque le malade salive abondamment, on voit les symptômes locaux de la pancréatite diminuer et la constipation se montrer. La salivation, ainsi que l'irritation des glandes salivaires, diminue-t-elle, au contraire, une diarrhée abondante et les phénomènes locaux reparaissent du côté du pancréas (Schmaek-

feffer et Harless). Les selles sont d'abord composées de matières aqueuses et bilieuses, et plus tard elles ressemblent à de la salive, ainsi qu'on a pu le voir dans l'observation de Schmackfeffer que nous avons rapportée en détail.

Dans plusieurs cas de pancréatite aiguë, l'on a observé l'ictère, phénomène qui se reproduit aussi dans plusieurs des lésions organiques du pancréas. Du reste, ce phénomène s'explique très bien par la compression qu'exerce le pancréas tuméfié sur le canal excréteur de la bile, et se lie aux affections de l'extrémité droite, ou tête du pancréas. Dans le fait rapporté par le docteur Crampton, il survint un phénomène remarquable. Les extrémités inférieures se tuméfièrent, et le ventre devint le siége d'un épanchement considérable ; mais ces phénomènes disparurent en quelques jours à mesure que la tuméfaction de la région épigastrique se dissipa. Dans ces cas, la compression exercée par le pancréas tuméfié sur la veine cave et la veine porte ventrale est la seule cause à laquelle on puisse rapporter l'apparition de l'hydropisie.

Outre les symptômes que nous venons d'énumérer, l'on observe toujours de la fièvre, une augmentation de la chaleur, et une accélération du pouls plus ou moins marquée.

La pancréatite aiguë peut se terminer, ainsi que le prouvent les faits observés jusqu'à ce jour, par résolution, par suppuration et par gangrène.

Lorsque la maladie s'est terminée par résolution, l'on a observé tantôt une sueur abondante qui paraît avoir jugé la maladie (Harless) ; tantôt une diarrhée abondante. Malheureusement le docteur Percival, qui a publié cette dernière observation, n'a pas bien caractérisé la nature de cette diarrhée : il eût été cependant bien important de savoir si elle avait l'apparence salivaire. Du reste, l'on conçoit fort bien qu'une évacuation abondante du suc pancréatique puisse faire disparaître l'inflammation de cet organe, déterminée par l'accumulation du suc pancréatique dans son intérieur. L'analogie vient confirmer cette manière de voir, car l'on voit quelquefois les mamelles distendues par une grande quantité de lait, et enflammées par suite de cette distention, redevenir flasques, et non douloureuses après la sortie d'une grande quantité de lait. L'on voit aussi de même des engorgemens des glandes parotides, déterminés par le séjour de la salive dans les canaux excréteurs, se dissiper

promptement, après qu'on a provoqué une évacuation abondante de ce liquide.

La suppuration du pancréas a été signalée depuis long-temps, et Lieutaud en rapporte plusieurs observations qu'il a puisées dans divers auteurs. Depuis, cette altération a été observée par Harless, chez les enfans; par Gaultier, sur un jeune homme qui était tourmenté d'une cardialgie continuelle (*Dissert. de irritabilitatis notione nat. et morb.* Halle, 1793, p. 309); par Baillie, par Portal, par Bouz (*Nova acta nat. cur.*, t. VIII, obs. XII), chez un individu qui ressentait depuis long-temps des douleurs dans la région épigastrique; par le docteur Moulon, sur une jeune fille qui succomba à une gastro-entérite chronique. Outre les lésions du tube digestif, on trouva que le pancréas ne présentait plus qu'un sac rempli de pus; enfin, l'on conserve dans le musée de la Faculté de médecine de Strasbourg un pancréas enflammé avec plusieurs petits foyers purulens. M. Bécourt (*l. c.*) a représenté ce cas pathologique. Tantôt la suppuration se fait jour dans l'abdomen (Bouz); tantôt dans l'estomac (Gaultier), ou dans le mésocolon (F. Dœring, *Journ. d'Altenbourg*, avril 1817); on l'a vue aussi s'écouler par les selles, comme dans le cas rapporté par Haygarth (*Transactions of physicians*, t. III, p. 132).

Quoique l'on ne doive admettre qu'avec une réserve extrême ce que les auteurs anciens nous disent de la gangrène des organes, il existe cependant quelques faits qui semblent prouver que la pancréatite peut se terminer par gangrène. M. Bécourt (*l. c.*) en rapporte deux exemples, et Portal (*Hist. de l'anat. et de la chir.*, t. III, p. 356), cite un fait qui semble prouver la possibilité de cette terminaison. Un marchand de la rue Saint-Denis avait, à plusieurs reprises, et pendant plus de deux ans, éprouvé de vives douleurs qu'il appelait des *coliques;* elles avaient leur siége profondément au-dessus de l'ombilic, étaient tantôt précédées, tantôt suivies de nausées ou de diarrhée. Le toucher du bas-ventre n'avait fait reconnaître aucun gonflement. Le malade maigrit considérablement; les douleurs redoublèrent, le pouls s'anima, la chaleur de la peau devint âcre, le plus léger contact du bas-ventre était douloureux, les urines rares et rouges. Cet état dura près de vingt jours, et le malade périt au moment où on s'y attendait le moins. L'autopsie apprit que le pancréas était d'un rouge

violet, ramolli, laissant suinter de toute sa surface une humeur noirâtre, fétide; en un mot, cet organe était gangrené dans presque toute son étendue; l'estomac et le duodénum étaient enflammés en plusieurs endroits.

Le traitement de la pancréatite, comme celui de la plupart des phlegmasies, doit consister dans l'emploi des évacuations sanguines, locales ou générales, suivant que l'état du pouls et les forces du malade sembleront l'indiquer. Les fomentations émollientes, les cataplasmes, les bains prolongés seront mis aussi en usage; les boissons délayantes, que l'on variera suivant qu'on aura à combattre la constipation ou la diarrhée, devront aussi être employées. Il est bon de rappeler que Harless a vu des cas de pancréatite se terminer heureusement par une sueur abondante. On pourrait avoir recours aux sudorifiques, afin d'obtenir la terminaison par résolution. Si la maladie semblait vouloir se terminer par une suppuration ou passer à l'état chronique, il faudrait avoir recours aux révulsifs appliqués sur la peau.

Inflammation chronique. — Des symptômes moins tranchés que ceux de la pancréatite aiguë accompagnent l'inflammation chronique du pancréas. Quelques faits qui ont été observés par MM. Heinecken, de Brême, Eyting, Schemackpfeffer, Fallat, Mondière, nous permettront de faire connaître les symptômes les plus caractéristiques de cette maladie.

Outre la douleur que les malades éprouvent dans la région épigastrique, douleur qui augmente, comme dans la pancréatite aiguë, par la pression et par la distension de l'estomac, il existe ordinairement une tumeur plus ou moins bien circonscrite. Les malades rendent chaque matin, par le vomissement, un liquide analogue à la salive, et mêlé de mucosités. Immédiatement après, et même lorsque le vomissement n'a pas lieu, il survient une évacuation d'une liqueur limpide, quelquefois acide, et qui ne s'arrête qu'après l'ingestion d'une boisson un peu chaude. Le docteur Eyting (*Journal* d'Hufeland, avril 1822) a aussi remarqué, dans un cas rapporté par MM. Bécourt (*l. c.*) et Mondière (*l. c.*), une diarrhée abondante, et dans laquelle les matières évacuées ressemblaient tout-à-fait au liquide qui était rejeté par la bouche. Quelquefois, au contraire, l'on a remarqué de la constipation. Dans les observations de MM. Schmackpfeffer et Eyting, il

existait aussi un symptôme important à signaler, c'était une salivation abondante; et enfin, dans le fait de ce dernier observateur, le pyrosis avait été un des phénomènes principaux de la maladie.

Hypertrophie. — L'augmentation de volume du pancréas, sans altération aucune dans la texture de cet organe, est une affection rare. La plupart des cas d'hypertrophie du pancréas publiés par les auteurs des deux derniers siècles, tels que Zwinger, Blankard, Stœrk, Bonet, Harder, etc., appartiennent à la dégénérescence squirrheuse. M. le professeur Cruveilhier, qui s'est livré avec tant de zèle et de succès à l'étude de l'anatomie pathologique, ne parle pas de cette altération dans l'article HYPERTROPHIE du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, ce qui semblerait indiquer que cette altération est loin d'être commune. Cependant, en consultant l'ouvrage du docteur Thomas Sewal sur les maladies du pancréas (*The medical and physical Journal*, t. XXXI, p. 94), on peut voir qu'il n'est pas très-rare de trouver le pancréas augmenté considérablement de volume, sans présenter cependant aucun changement sensible dans son organisation. Du reste, le docteur Sewal considère cet état comme le premier pas fait vers la dégénérescence squirrheuse. On doit aussi rattacher à la même altération le cas pathologique rapporté par M. Crampton, dans lequel le pancréas était dur et augmenté de volume, ainsi que deux autres faits qui appartiennent à MM. Gregory et Abercrombie, et dont on trouve l'indication dans la thèse de M. Bécourt.

Atrophie. — Il existe une atrophie sénile du pancréas, signalée par Siebold, et reconnue par Lobstein. Le pancréas, comme les autres organes et les glandes salivaires, se flétrit avec l'âge, au point de disparaître presque entièrement. L'atrophie peut aussi être l'effet d'une maladie, soit de la glande elle-même, soit de l'un des organes qui l'entourent. Dans un cas observé par Lobstein, l'atrophie paraissait idiopathique. Sur un individu mort ictérique, on trouva la vésicule du fiel et les conduits biliaires très-distendus : le pancréas, atrophié, était dégénéré en une substance dure, stéatomateuse. En l'incisant, on y remarquait une espèce de dépôt calcaire, de couleur jaunâtre; sa longueur était de quatre pouces, sa largeur de huit lignes; son canal était dilaté au point de former un kyste occupant toute la longueur du pancréas, et dont les parois

étaient inséparables de la glande elle-même. Cette pièce pathologique, conservée dans le musée de Strasbourg, a été représentée par M. Bécourt dans sa thèse inaugurale; mais le plus ordinairement, l'atrophie du pancréas reconnaît pour cause une altération, soit du foie, soit de l'estomac, soit d'un autre organe voisin. C'est ainsi que le docteur Guérin a observé une atrophie complète de cet organe dans un cas de masse cancéreuse qui occupait presque tout l'abdomen (*Essai sur quelques points de pathologie médicale*, thèse. Paris, 1821, in-4°, p. 72). Le docteur Hull a communiqué au docteur Bright un cas d'atrophie du pancréas produit par la compression qu'exerçait sur cet organe une tumeur cancéreuse, qui avait pris naissance dans le mésentère (*Lond. med. chir. trans.*, t. XVIII, part. I; et *Arch. de méd.*, 2e série, t. IV, p. 495). M. Berjaud a vu la même altération produite par un anévrysme de l'aorte abdominale, avec lequel le pancréas avait contracté des adhérences (*Mém. de méd. et de chir. militaires*, t. XVIII, p. 262); Morgagni, par une hypertrophie et une dégénérescence squirrheuse du foie (*De sedibus*, etc., epist. XXX, art. 14); mais c'est surtout dans les cas d'oblitération du pylore par suite de dégénérescence cancéreuse, qu'on l'a observée le plus souvent. M. Mondière se demande si, dans ce cas, l'atrophie ne tiendrait pas à ce que la sécrétion pancréatique n'étant plus sollicitée par l'arrivée de la pâte chymeuse dans le duodénum, l'organe cesse d'agir, et par là voit sa nutrition diminuer. Cette manière de voir nous paraît d'autant plus admissible, que cette cause d'atrophie est démontrée pour beaucoup d'autres organes. Nous devons aussi rappeler, au sujet de l'atrophie du pancréas, que Brechtfeld, au rapport de M. Darcy (*Mém. de méd. chir. et pharmacie militaire*; 1821, t. X, p. 87), a vu le pancréas considérablemant diminué de volume chez des individus qui avaient succombé à la rage. Du reste, M. Mondière, dans ses recherches sur l'affection qui nous occupe, n'a trouvé dans les auteurs aucun cas analogue. Enfin, nous signalerons une cause d'atrophie du pancréas, observée une fois par le docteur Wolf, de Liverpool. Dans ce fait, qui a été publié dans le journal anglais *The Lancet*, et reproduit dans la *Gazette médicale*, t. V, p. 42; 1837; il existait une ossification de toutes les artères du pancréas; cette glande elle-même était petite, dure; elle avait une couleur grisâtre, et son conduit propre était obstrué. Pendant la vie,

l'on avait observé des nausées, des vomissements de bile et d'un fluide muqueux; un sentiment de brûlure remontant tout le long de l'œsophage, des alternatives de diarrhée et de constipation, et enfin une maigreur excessive.

Ramollissement. — Le pancréas peut devenir le siége d'un ramollissement analogue à celui que présente si souvent la rate. Cette altération s'est souvent présentée chez des scorbutiques et des scrofuleux. Sur deux enfans morts de la rougeole, Portal dit avoir vu le pancréas très ramolli, sans être plus rouge, et sans présenter ni gonflement ni atrophie. La même altération fut retrouvée sur un jeune homme qui avait succombé à une variole confluente. On voit par ces faits, qui sont tous incomplets, que l'histoire du ramollissement du pancréas, comme de celui de la plupart des organes, laisse encore beaucoup à désirer.

Induration. — Dès que la consistance du pancréas dépasse celle de la glande parotide, il est malade. Il faut bien se garder de confondre l'induration simple du pancréas avec le squirrhe commençant de cet organe. Baillie considère cet état comme le premier degré du squirrhe; mais c'est à tort, car rarement l'état squirrheux existe en même temps, et plus rarement encore il occupe à la fois tout l'organe, tandis que l'induration s'observe dans toutes les granulations du pancréas, laissant le tissu cellulaire intergranulaire entièrement sain. M. Bécourt (*l. c.*, p. 49) a rencontré cette altération. Dans un cas où tous les organes abdominaux étaient sains, le pancréas était composé de granulations jaunâtres, plus petites et plus dures qu'à l'ordinaire. M. Mondière (*loc. cit.*, t. XI, p. 286) a vu, chez un homme qui succomba à une duodénite chronique, le pancréas conservant son volume et sa couleur naturels, mais les glandules qui le composaient étaient indurées, et résonnaient à la percussion. En examinant avec plus d'attention, M. Mondière put s'assurer que le tissu cellulaire qui entourait chaque granulation était sain, c'est-à-dire qu'il n'était ni friable, ni induré. Cette circonstance est importante à mentionner, puisqu'elle peut seule faire distinguer cette induration de l'état squirrheux, qui jamais ne laisse intact le tissu cellulaire de l'organe qu'il envahit. L'on rencontre bien encore parmi les auteurs quelques faits qui sembleraient se rapporter à l'induration simple du pancréas; mais comme ils

sont tous décrits d'une manière incomplète, et que l'état du tissu cellulaire n'a pas été mentionné, on ne saurait les rapporter à l'altération que nous décrivons. Nous devons cependant dire que Morgagni a très bien su distinguer cette altération du véritable squirrhe (*l. c.*, epist. XXX, art. 7).

Induration cartilagineuse. — Il existe un assez grand nombre d'observations dans lesquelles le pancréas a été trouvé entièrement cartilagineux. Si quelques-unes d'entre elles ne sont intéressantes que sous le rapport anatomique, d'autres sont propres à faire connaître les symptômes qui ont existé pendant la vie. Morgagni (*l. c.*, epist. XXX, art. 10) rapporte l'observation d'un homme qui était, sans cause appréciable, continuellement tourmenté par des efforts de vomissement; mais, si l'on excepte les remèdes et les alimens qui étaient continuellement rejetés, il vomissait peu, et les matières du vomissement étaient aqueuses et un peu amères. Il avait, en outre, une soif intense, des défaillances fréquentes, et il lui semblait que des chiens lui déchiraient la partie supérieure et profonde de l'abdomen. Le toucher ne faisait rien percevoir de dur dans cette cavité. Ces symptômes persistèrent jusqu'au onzième jour, époque de la mort du malade. A l'autopsie, le foie fut trouvé d'un volume considérable, mais sain, ainsi que l'estomac et les intestins; le pancréas, volumineux, présentait une surface inégale, bosselée, et d'une consistance cartilagineuse. Une seconde observation a été publiée par le docteur Lilienhain, dans divers journaux allemands, et traduite dans la *Revue méd.*, 1826, t. III, p. 150. On y trouve aussi quelques détails sur les phénomènes observés pendant la vie.

Les symptômes qui se manifestèrent chez ces malades furent des nausées presque continuelles, des vomissemens rares, l'excrétion abondante d'une salive blanchâtre, la constipation opiniâtre, et enfin cette douleur rongeante qu'Andry dit avoir observée chez un malade chez qui cette glande fut trouvée dure et cartilagineuse. Enfin, chez la malade observée par le docteur Lilienhain, il existait des spasmes nerveux ayant beaucoup d'analogie avec l'hystérie, et ce fait pourrait être invoqué par ceux qui seraient tentés d'appuyer l'opinion de Sylvius de Le Boe sur le siége de cette dernière maladie.

Transformation en tissu graisseux. — Cette transformation du pancréas a été observée une fois par Dupuytren (*Biblioth. méd.*,

t. XIII, p. 20), et deux fois par Lobstein (*Anat. path.*, t. I, p. 193). M. Bécourt (*l. c.*, p. 50) en a recueilli deux observations : dans l'une, une partie seulement du pancréas était devenue graisseuse, et dans l'autre, tout l'organe était dégénéré. M. le professeur Cruveilhier (*Anat. path.*, t. I, p. 193), qui cite l'observation de Dupuytren, a soin de faire observer qu'il faut bien se garder de confondre cette véritable dégénérescence graisseuse du pancréas avec la simple accumulation de graisse dans le tissu lamineux, qui unit entre eux les lobes et les lobules du pancréas. Les symptômes qui ont été notés par M. Bécourt, dans ce cas, étaient un ictère produit par la compression du canal cholédoque, une sensation d'oppression à l'épigastre, qui, plus tard, devint douloureuse ; une douleur circonscrite dans une petite étendue, entre l'ombilic et le creux de l'estomac ; une cardialgie presque constante, et enfin la salivation, que l'auteur rapporte à une seule dose de calomel, prise par le malade, mais que M. Mondière, dans l'analyse qu'il fait de cette observation, regarde comme sympathique de la maladie du pancréas.

Dégénération kysteuse. — Des kystes peuvent se former dans l'intérieur du pancréas. Doit-on y rapporter ces tumeurs que Morgagni (*l. c.*, epist. LXVIII, art. 12) rencontra à l'ouverture du corps d'un jeune homme qui en avait porté plusieurs dans le tissu cellulaire sous-cutané du cou. M. Bécourt (*l. c.*, p. 56) nous apprend que le musée de Strasbourg possède une pièce pathologique d'un kyste développé dans le corps et la queue du pancréas. Ce kyste a le volume d'une tête d'enfant de quatre ans ; ses parois sont fibreuses, blanchâtres, très résistantes, et de l'épaisseur d'une ligne. La tête du pancréas paraît être restée saine. Du reste, on ne connaît aucun détail sur la marche de la maladie.

Squirrhe et cancer. — Le squirrhe est, de toutes les maladies du pancréas, celle qui a été signalée le plus fréquemment par les auteurs : Lieutaud en cite soixante-douze exemples, et son recueil est loin d'être complet. Ainsi il ne fait pas mention des faits consignés dans les thèses de Haller, dans la collection de Berlin, non plus que de ceux dont ont parlé Ambroise Paré, Seger, Goeritz, Zwinger, Van Swieten. A la vérité, la plupart de ces observations ne peuvent être accueillies qu'avec une grande réserve, peut-être même n'en trouverait-on qu'un très

petit nombre qui appartinssent au véritable squirrhe du pancréas, si on les soumettait à une critique rigoureuse. Mais les progrès de l'anatomie pathologique, depuis la fin du dernier siècle, doivent nous inspirer plus de confiance dans les faits recueillis par nos contemporains. Fournier (*Journ. de médec. chirur. pharm.*; février 1776) trouva un pancréas squirrheux avec suppuration du foie. Sémois (*Ibid.*; février 1792) rencontra sur un individu mort d'une fièvre de long cours, avec grande faiblesse et douleur permanente dans la région épigastrique, la muqueuse de l'estomac épaissie, et une dégénérescence squirrheuse des glandes du mésentère, du foie et de la tête du pancréas. Loftie rapporte deux faits à peu près semblables (*Gazette de Salzbourg*, t. I, p. 101). Rahn en cite dix-huit cas dans sa Dissertation. Winckel raconte l'histoire d'une femme qui éprouva de fortes douleurs dans la région épigastrique, avec tuméfaction de cette partie, des vomissements, de la constipation, et enfin un ictère et une ascite. A l'autopsie, on trouva plusieurs points squirrheux à la tête du pancréas, et une induration du reste de la glande (*Journ. de Hufeland*, t. VIII, p. 60). Fischer a vu aussi le squirrhe du pancréas (*Magazin der Heilkunde*, de Rust, t. XV, p. 285). M. Tacheron en cite deux exemples avec désorganisation du foie et de l'estomac (*Recher. anat. path.*, t. I, p. 335, 345). M. Prost signale assez souvent cette altération dans ses recherches pathologiques. Abercrombie a fait connaître l'observation d'une femme à l'ouverture du corps de laquelle on ne trouva pour toute lésion qu'une dégénérescence squirrheuse du pancréas, sans changemens dans les dimensions de l'organe (*l. c.*, p. 518). Dahl a rencontré chez une femme, sujette depuis long-temps à la dyspepsie et à la constipation, un ramollissement de la rate et un squirrhe de la moitié gauche du pancréas (*Gazette de Salzbourg*, 1822). M. Bécourt (*l. c.*, p. 160) a observé la même altération sur une femme morte d'une *gastro-entérite*. Les parois de l'estomac étaient épaissies, le foie très engorgé, la rate petite, et le pancréas dur, du poids de quatre onces, était squirrheux dans son milieu. Deux autres fois, le même observateur eut occasion de noter une semblable dégénérescence.

Le squirrhe du pancréas peut passer à l'ulcération. Cette disposition s'est rarement présentée sur les cadavres, peut-être parce que le squirrhe, par ses progrès, entraîne la désorgani-

sation des viscères importants qui environnent cette glande, avant que l'ulcère n'ait eu le temps de se former. Il en existe cependant plusieurs exemples. Hasenœhrl (*Hist. med. morb. epidem.*, p. 60) rapporte que l'on trouva le pancréas squirrheux dans son entier, et parsemé de plusieurs points cancéreux qui avaient rongé les tuniques de l'estomac chez une femme qui était morte après avoir éprouvé des douleurs atroces dans le ventre, et avoir rendu quelques heures avant sa mort du sang par la bouche et le nez. Bertheau (*Journ. de méd. chir. pharm.*; juin 1787) en rapporte aussi une observation. Le docteur Mattheis (*Ratio instituti clinici Romani*; Rome, 1816, obs. XV) a vu l'estomac perforé dans une grande étendue, vers la région pylorique, chez un homme qui succomba après avoir éprouvé les symptômes ordinaires du cancer du pancréas. Le docteur Mabille (*Recherches sur certaines lésions organiques de l'estomac*, thèse; Paris, 1822, p. 20) a recueilli un fait dans lequel un examen attentif de la portion ulcérée du pancréas fit découvrir l'artère splénique mise à nu, très amincie, et ouverte dans deux endroits voisins l'un de l'autre par des ruptures fort longues. Van Doeveren (*Obs. path. anat.*; obs. III, t. II, 1789) en cite un exemple fort remarquable, dont M. Bécourt a donné l'analyse (*l. c.*, p. 62). La malade avait présenté pendant sa vie des vomissemens de sang; elle ne pouvait conserver aucun aliment dans l'estomac, et pendant trente ans elle avait été tourmentée d'une douleur et d'un sentiment d'anxiété dans l'épigastre. A l'autopsie, outre une accumulation considérable de sang dans les intestins, on trouva la partie postérieure de l'estomac adhérente au pancréas. Ce dernier organe était durci et transformé en une substance presque cartilagineuse; au niveau de l'endroit où l'estomac était adhérent au pancréas, on voyait une plaque presque circulaire, à surface inégale et très érodée, d'un diamètre de deux pouces et demi; le pourtour de cette ulcération formait un bord dur et épais. On apercevait sur toute sa surface plusieurs trous, qui étaient les ouvertures des vaisseaux sanguins. L'un d'eux répondait au canal pancréatique, qui avait deux orifices: l'un dans l'estomac, l'autre dans le duodénum. M. Lerminier a rencontré aussi le squirrhe ulcéré du pancréas, qui déjà avait été observé par Portal (*Anat. méd.*, t. V, p. 355). Enfin M. Vidal (*Clinique*; décembre 1829, t. I, p. 234) a fait connaître aussi un

cas de cancer du pancréas, qu'il a observé sur un vieillard de Bicêtre.

Des vomissemens opiniâtres sont souvent le seul symptôme que l'on observe ; c'est ce qui arrive dans les cas où, la tête du pancréas étant le siége principal de la maladie, le duodénum et le pylore se trouvent comprimés de manière à ne pas permettre le passage des liquides : alors, l'absence des autres symptômes propres au cancer de l'estomac peut faire reconnaître le véritable siége de la maladie. Le diagnostic deviendra moins difficile, si, aux vomissemens et à l'absence de tout symptôme de lésion de l'estomac, se joignent un ptyalisme abondant et des déjections salivaires. Tel était le cas observé par M. Bobe-Moreau, médecin à Marseille (*Bulletin de la Société méd. d'émulat.*, 1823, p. 393). Cette salivation survenant à une époque plus ou moins avancée de la maladie, et quelquefois au début, est un symptôme presque constant. Dans un cas seulement, elle présentait un caractère tout particulier; elle était très abondante et horriblement fétide (*Journ. universel*, t. LVII, p. 5).

La tuméfaction du pancréas est appréciable dans un assez grand nombre de cas ; quelquefois même elle est le siége de pulsations qui pourraient faire croire à un anévrysme de l'aorte abdominale. C'est ce qui a été observé (*The Edinb. journ.*, t. XXVI, p. 381) chez un malade à l'autopsie duquel on trouva le pancréas squirrheux et l'artère splénique comprise dans la tumeur formée par le pancréas dégénéré.

Les effets produits par la compression du squirrhe du pancréas varient suivant l'organe qui supporte la compression, car c'est presque toujours de cette manière qu'ils agissent. Quand le pylore est comprimé, l'estomac peut se dilater énormément, et, le plus ordinairement, il y a des vomissemens opiniâtres. Toutefois ce symptôme n'est pas constant, et Michaelis a vu un cas où il n'y avait pas eu de vomissement, quoique le duodénum et le pylore fussent comprimés au point d'admettre à peine un tuyau de plume. L'estomac était très dilaté.

Quand c'est la portion inférieure du duodénum qui est comprimée, le passage de la bile dans les intestins n'a plus lieu, et elle est rejetée avec les alimens comme chez la malade dont parle Juppin (ancien *Journ. de méd.*, t. LXXXIX, p. 73).

Le canal cholédoque peut être aussi comprimé, et c'est même ce qui arrive le plus ordinairement. Alors on observe une teinte ictérique foncée ; quelquefois on observe, au contraire, la dilatation du canal cholédoque, et, dans un cas de ce genre, il présentait un diamètre de deux pouces (*The Lancet*, avril 1827).

Dans quelques cas, on a pu observer des altérations diverses du foie qui reconnaissaient pour cause la rétention de la bile due à la compression exercée par le pancréas sur le canal cholédoque. Le docteur Brière de Boismont a publié un fait de ce genre (*Arch. de méd.*, t. XVI, p. 132). Enfin, la compression de l'aorte par le squirrhe du pancréas peut amener un rétrécissement de ce vaisseau (Rahn et Portal) et déterminer une hémorrhagie cérébrale. Portal et Salmade (*Recueil pér.*, t. III, p. 454) ont vu aussi la même altération du pancréas déterminer la dilatation anévrysmatique de l'aorte abdominale.

Encéphaloïde. — La dégénérescence encéphaloïdienne du pancréas a été observée trois fois par Abercrombie (*On diseases of the stomach. and other viscera of the abdomen.* Edimb., 1828). Déjà M. Meriadec Laennec l'avait observée une fois (*Revue méd.*, 1824, t. III) ; ainsi que M. Duponchel (*Bull. de la Soc. d'émulat. de Paris*, 1824, p. 76). Des trois cas rapportés par Abercrombie, le premier avait été observé sur un homme de cinquante-six ans, mort après avoir souffert pendant deux ans de dérangement dans la digestion, d'une douleur dans la région épigastrique, et d'un ictère. Le pancréas avait quatre à cinq pouces de large sur quatre pouces d'épaisseur ; il adhérait à la colonne vertébrale, était en partie dur et en partie ramolli, et ressemblait au *fongus médullaire*. Le second malade était un garçon de seize ans, qui, à la suite de vomissemens et de diarrhée, était tombé dans le marasme : il mourut au bout de huit mois, après avoir présenté dans le creux de l'estomac une tumeur douloureuse ; le pancréas augmenté de volume adhérait à l'estomac, au duodénum et à l'arc du colon : il était transformé en entier en une masse encéphaloïdienne. Le troisième était un homme qui avait présenté, outre les symptômes observés dans les deux cas précédens, de la céphalalgie, de la fièvre et des battemens de cœur. A l'autopsie, l'on trouva le pylore induré, uni au pancréas

hypertrophié, d'une dureté cartilagineuse, et offrant des points ramollis de nature encéphaloïde. Le docteur Bright (*Lond. medical chir. transact.*, vol. XVIII, p. 1, et *Arch. de méd.*, 5e série, t. IV, p. 182) fournit aussi un exemple de cette dégénérescence du pancréas. Dans ce cas, une portion de l'organe était saine, mais les deux tiers de la substance étaient occupés par deux tubercules fongoïdes dont les limites n'étaient pas bien tranchées.

Matière tuberculeuse. — Cette altération du pancréas a été signalée depuis long-temps. C'est à cette altération qu'il faut rapporter le cas recueilli au milieu du siècle dernier par Varnier, médecin à Vitry-le-Français (ancien *Journ.*, t. III, p. 9). Quelques années plus tard, Glatigny, médecin à Falaise, observa la même dégénération chez une fille de vingt-trois ans, morte hydropique (ancien *Journ.*, t. VII, p. 38). Depuis, le docteur Nasse, professeur à Bonn, M. le professeur Bouillaud (*Arch. de méd.*, t. II, p. 193), M. le docteur Reynaud (*Id.*, t. XXV, p. 165), M. Mitivié (*Diss. sur l'hyd. aiguë*, thèse de Paris, 1820, p. 23) ont signalé l'existence de la matière tuberculeuse dans le pancréas, qui avait été constatée sur les cadavres des docteurs Marquis (*Journ. univers.*, t. XLIV, p. 347), et M. A. Petit (*Journ.* de Leroux, Boyer, Corvisart, t. XXII, p. 406). Enfin, le docteur Harless a traité ce sujet sous le nom de *phthisie pancréatique*. Il distingue avec soin cette espèce de cachexie de celle qu'entraînent après eux les squirrhes et les abcès du pancréas. Deux observations sont citées par cet auteur dans la monographie dont nous parlons, et M. Becourt (*l. c.*, p. 65), qui passe sous silence l'histoire de la première, dont les détails sont ceux d'une phthisie commençante, rapporte la seconde dans toutes ses circonstances. Nous allons, d'après lui, en faire ressortir les traits les plus importans.

Le sujet de cette observation était une femme âgée de trente ans qui avait été rachitique pendant son enfance. Cette femme, enceinte pour la troisième fois, fut prise, vers la fin du huitième mois de sa grossesse, de dyspnée, de rapports avec excrétion de matières glaireuses et salivaires, de malaises, d'envies de vomir, d'un sentiment de pression à la région épigastrique, de tympanite, de diarrhée aqueuse, et de lassitudes dans tous les membres; il y avait, en outre, de fréquens accès de toux, de la fièvre, une teinte jaune du visage, une soif vive, des al-

ternatives de chaleur et de frisson, du dégoût pour les alimens, enfin une insomnie presque continuelle. Ces symptômes disparurent au bout d'un certain temps, mais l'excrétion du liquide filant et salivaire, qui se reproduisit, fit soupçonner une affection du pancréas. Peu de temps après, l'accouchement eut lieu; l'enfant, qui était très chétif, mourut au bout de quelques jours. La malade, qui éprouva de l'amélioration dans son état pendant les deux premiers jours, ne tarda pas à présenter les symptômes généraux qui se présentent chez les accouchées phthisiques, lorsque la maladie a été enrayée pendant la grossesse. La faiblesse et la fièvre hectique firent des progrès rapides; la salivation devint plus copieuse, la douleur d'estomac et la pression épigastrique se reproduisirent. Il s'y joignit une diarrhée d'abord aqueuse, et qui bientôt ne consista plus qu'en un liquide filant et spumeux. Il survint un peu d'amélioration; mais, à la suite d'une indigestion, tous les accidens reparurent, et la malade succomba dans le dernier degré de marasme, épuisée par une diarrhée qui devint de plus en plus abondante. A l'autopsie, l'on trouva dans l'estomac et les intestins quelques altérations légères que nous passons sous silence. Quant au pancréas, il était couché obliquement; sa longueur dépassait huit pouces, sa plus grande largeur, vers son milieu, était de deux pouces sur une épaisseur de neuf lignes; sa couleur était jaune, on sentait au toucher de petits tubercules dont quelques-uns se trahissaient par une légère élévation; dans l'intervalle de ces tubercules la substance était entièrement ramollie et se laissait déchirer avec la plus grande facilité. Les surfaces séparées ne présentaient plus un aspect granuleux, mais dilacéré, et comme mâché, au point de faire douter si cette disposition était la suite des tractions exercées avec les doigts, ou l'effet du passage des tubercules du premier au second degré. La glande ayant été fendue, on trouva une ressemblance parfaite entre les tubercules qu'elle contenait et ceux qu'on rencontre dans les poumons des phthisiques. La plupart étaient d'une dureté presque cartilagineuse.

Mélanose. — De toutes les dégénérations organiques que peut subir le pancréas, la mélanose est la moins connue encore, cependant on l'a observée. (Henry Haller, *Disp. med.*, t. III, p. 513) dit avoir vu tous les organes de l'abdomen envahis par la mélanose; Gohier (*Mém. sur la chir. et méd. vétérinaires*,

Lyon, 1813) dit avoir trouvé de la mélanose dans le pancréas; enfin le docteur Mackenzie, dans un ouvrage dont l'analyse a été publiée dans les *Archives de médecine* (t. XXV, p. 73, 241 et 517), a observé de la mélanose déposée dans le pancréas d'un homme qui succomba à une dégénération mélanique du globe de l'œil.

Concrétions osséo-pierreuses. — Des concrétions analogues à celles qui se trouvent dans les glandes salivaires se rencontrent aussi dans le pancréas. Ces concrétions sont quelquefois très volumineuses, et en grand nombre; de Graeffe en a trouvé sept ou huit de la grosseur d'un pois dans la partie droite du pancréas; Merklin (*Ephem. nat. cur., decur.* 1, ann. VIII, obs. L) en a rencontré une qui dépassait le volume d'une amande; Galeati (*De morbis duobus observ.*, p. 26, 1758) trouva sur le cadavre d'un homme qui, pendant trente ans, avait eu des douleurs précordiales, des vomissemens, de la constipation, plusieurs accès d'ictère, la tête du pancréas changée en une espèce de sac de la grandeur d'un œuf de poule, contenant une vingtaine de petites pierres; Schurig en cite plusieurs exemples Meckel (Koreff, *Dissert. sistens considerat. icteri.*, *etc.*, § XII, 1763) a vu la glande entière changée en une masse tophacée. Portal (*l. c.*, t. V, p. 356) dit avoir trouvé une douzaine de pierres dans le pancréas d'un homme mort subitement d'un anévrysme de l'aorte.

D'autres fois, et c'est même le cas le plus fréquent, c'est dans le canal excréteur que se développent ces concrétions: Matani, Eller, Biumi et Sandifort en rapportent des exemples. Baillie (*Anat. pathol.*, p. 159) en a vu de la grosseur d'une noisette. Ils étaient blancs, à surface irrégulière, et composés de carbonate de chaux. Wollaston, qui a analysé un calcul provenant du canal pancréatique d'un bœuf, a reconnu qu'il était formé de phosphate de chaux.

Pour les calculs pancréatiques, plus peut-être que pour tous ceux que l'on observe chez l'homme, la cause première de leur formation paraît être un obstacle à l'écoulement facile du liquide sécrété par le pancréas. Quant aux effets produits par les calculs développés dans le pancréas ou arrêtés dans le conduit excréteur, nous croyons que, dans ce dernier cas, l'hypertrophie ou un simple gonflement peuvent en être le résultat; et notre opinion sur ce point est entièrement d'ac-

cord avec celle de M. Mondière (*loc. cit.*). Du reste, cette opinion se trouve confirmée par l'analogie; c'est ainsi que le docteur Hermann (*Bibl. méd.*, t. XXIV, p. 259), ayant enlevé la parotide droite, qui avait acquis le volume du poing, trouva trois calculs dans le conduit de Warton. Dans un cas de calculs pancréatiques, rapporté par Eller, le pancréas était squirrheux. Enfin Fournier (Anc. *Journ.*, t. XLV, p. 149) a fait connaître un cas d'abcès du pancréas qui semble avoir été déterminé par des calculs.

Symptômes des affections chroniques du pancréas. — S'il nous a été possible de donner en quelque sorte une description de la pancréatite aiguë, et de faire connaître les signes qui semblent appartenir à cette maladie, c'est que des faits assez bien observés nous ont fourni les matériaux nécessaires pour en tracer l'histoire. Il n'en est pas de même des affections chroniques du pancréas : l'on ne s'étonnera donc pas si, à côté de chaque lésion que nous avons décrite, nous n'avons pas placé la description des symptômes, lorsqu'on saura que les praticiens qui ont le plus étudié ces maladies s'accordent sur l'extrême difficulté de leur diagnostic. Assez souvent, en effet, l'ouverture des cadavres seule a révélé leur existence; d'autres fois ces maladies sont, en quelque sorte, masquées par les symptômes plus tranchés d'une maladie simultanée de l'estomac. Pemberton dit qu'il est impossible, dans la plupart des cas, de reconnaître une affection organique du pancréas, et que, lors même qu'elle a fait de grands progrès, c'est moins par des signes positifs que par des signes négatifs qu'on peut déterminer son véritable siége. M. Bécourt (*loc. cit.*), qui partage entièrement cette opinion, pense même que, lorsqu'on a éliminé successivement tous les autres organes, et que par là on peut avoir acquis d'assez fortes présomptions pour pouvoir accuser le pancréas, on manque encore de caractères propres à faire distinguer les unes des autres les différentes altérations de l'organe. L'on peut donc considérer comme étant communs à toutes les maladies du pancréas, et comme constans dans chacune d'elles, outre les désordres des fonctions digestives, les douleurs à la région épigastrique, la constipation ou la diarrhée, le vomissement, la tuméfaction de l'organe et l'émaciation générale.

1° *Douleurs épigastriques.* — Le dégoût pour les alimens n'est

pas toujours le premier symptôme qui annonce une affection organique du pancréas; quelquefois c'est un surcroît d'appétit voisin de la voracité. Le malade se plaint bientôt d'une douleur à l'épigastre avec sentiment de chaleur, principalement quand l'estomac est vide. Ces douleurs augmentent graduellement, et reviennent à des intervalles de plus en plus rapprochés. Alors elles provoquent des éructations d'une matière semblable à de la salive. Enfin, suivant les observations de Rahn, la douleur se change quelquefois en un sentiment d'ardeur brûlante, qui monte le long de l'œsophage, accompagné d'une saveur aigre avec expuition d'une matière tantôt acide, tantôt insipide.

Indépendamment de ces symptômes, une douleur d'un autre genre se fait sentir, et toujours à une époque plus avancée. Elle répond au-dessus de l'ombilic, et s'étend quelquefois vers l'un ou l'autre hypochondre; le malade la rapporte souvent à la colonne vertébrale. D'abord sourde, vague et intermittente, elle devient plus aiguë et permanente, avec des exacerbations qui ont lieu quelques heures après le repas. Dans un cas de cancer du pancréas, observé par le docteur Andral (*Lancette française*, t. IV, n° 16), la douleur occupait la région dorsale, et était presque intolérable; elle s'irradiait dans le côté gauche du thorax pendant des heures, et même pendant plusieurs jours avant d'envahir tout l'abdomen; elle ressemblait à des coups de marteau ou de poignard dans le dos. Quelquefois aussi cette douleur est augmentée par la position verticale, et les malades sont obligés de se tenir courbés en avant, ainsi qu'Auguste de Thou, Sewal et Abernety l'ont observé. Pemberton conseille, afin de mieux préciser le siége véritable de la douleur, de faire mettre le malade sur son séant, et de presser fortement la région épigastrique avec une main, l'autre main étant appuyée sur la colonne lombaire. Du reste, on a cherché à distinguer cette douleur, qui réside dans le pancréas, d'avec celle qui proviendrait d'un squirrhe du pylore. Dans cette dernière maladie la douleur est plus superficielle, répond constamment au côté droit de l'épigastre, s'exaspère davantage par la pression, et est, en général, très allégée par le vomissement. Du reste, il arrive souvent que les deux maladies se trouvent réunies sur le même sujet, circonstance qui augmente les difficultés du diagnostic.

Salivation. — Ce symptôme, fréquent dans les maladies aiguës, s'observe aussi dans les affections chroniques du pancréas. J. P. Frank (*De curandis hominum morbis Epitome.* Ticini Regn. 1792, in-8°, t. v, p. 87) a vu un individu, réduit au marasme par un squirrhe du pancréas, rejeter par jour six livres de salive. Ce symptôme a été également observé, par M. Force, sur un malade qui succomba à une dégénération cartilagineuse du pancréas, et à ce sujet, M. Berthomieu avait fait observer que, dans les maladies du pancréas, la salivation est un des symptômes les plus constans. Le même fait a été signalé aussi par M. Polinière, médecin distingué de Lyon (Tavernier, *Réflexions sur l'anat. path.* Thèse. Paris, 1834, n° 88, p. 14, note). M. Maria Gelcen (*J. complém.*, t. xi, p. 12) a observé un cas dans lequel cette salivation abondante précédait le vomissement.

Constipation ou diarrhée. — Il n'existe pas d'observation d'affection organique du pancréas dans laquelle on n'ait pas observé l'un ou l'autre de ces symptômes; presque toujours ils ont alterné, et la constipation s'est montrée la première. Elle est tellement opiniâtre qu'elle résiste aux purgatifs; si la diarrhée s'établit, les selles ont un aspect spumeux, comme on l'observe dans la pancréatite aiguë. Le docteur Bright (*loc. cit.*), dans son Mémoire sur les maladies du pancréas et du duodénum, a fixé l'attention sur un état particulier des évacuations alvines. Une partie des matières évacuées présente les caractères d'une substance huileuse ou graisseuse; tantôt cette matière sort isolément des intestins, tantôt elle sort en même temps que les fèces, et s'en sépare promptement. Elle surnage et forme à leur surface une croûte épaisse, surtout vers les bords du vase, si les fèces sont demi-liquides, ou bien elle flotte en simulant des globules de suif qui auraient été fondus, et qui se seraient figés; quelquefois enfin elle forme une mince pellicule graisseuse qui enveloppe toute la masse, ou qui est déposée sur le liquide dans lequel les fèces solides et moulées sont contenues. Cette matière graisseuse a une légère teinte jaune et une odeur très fétide. Le docteur Bostock, qui l'a analysée, pense que c'est de l'adipocire. Le docteur Bright rapporte ce symptôme à une double affection du pancréas et du duodénum, et trois fois il a pu confirmer la concordance de ce symptôme avec des altérations simultanées

dans les deux organes. Dans ces cas, il y avait, outre un cancer du pancréas, des ulcérations dans le duodénum. Nous n'avons, du reste, retrouvé dans aucune observation ce caractère particulier des matières fécales; c'est l'expérience seule qui peut lui assigner sa véritable valeur.

Vomissement. — Dans les premiers temps des maladies chroniques du pancréas, il existe des éructations avec expuition d'une matière écumeuse plus ou moins analogue à la salive; mais, quand la maladie a fait des progrès, il existe de véritables vomissemens qui deviennent de plus en plus fréquens; ils se montrent quelques heures après le repas, et sont tout aussi opiniâtres que ceux qui dépendent d'un squirrhe du pylore; presque toujours ils persistent jusqu'à la mort.

Tuméfaction de l'organe. — La tumeur formée par le pancréas est située entre le creux de l'estomac et l'ombilic; elle est profonde, et il est presque impossible de la comprimer d'avant en arrière. Dans les premiers temps, cette tumeur, légèrement mobile, devient plus fixe en augmentant de volume. Elle fait éprouver au malade la sensation d'un poids incommode qui répond au bas de la région dorsale, et quelquefois elle est soulevée par les battemens de l'aorte. Mais quelquefois la tumeur n'est pas aussi facile à sentir, et il faut un examen attentif pour la découvrir. Le docteur Carter conseille, dans ces cas obscurs, à l'article *Maladies du pancréas* (*Cyclop. of pract. med.*), de placer une main sur la région dorsale et l'autre sur l'estomac du malade; si alors on exerce une pression très considérable qui tendrait à rapprocher les deux mains l'une de l'autre, une douleur profondément située peut être perçue par le malade, et en même temps on peut arriver à découvrir une tumeur plus ou moins volumineuse.

Ictère. — L'ictère est un symptôme qui se montre assez fréquemment dans les affections organiques du pancréas, et que l'on a signalé aussi dans son inflammation aiguë. Ce symptôme est souvent la cause d'une erreur de diagnostic, en attirant l'attention du côté du foie. Il faut donc être en garde contre l'apparition de ce phénomène; car, loin de faire rejeter l'idée d'une maladie du pancréas, il est, au contraire, de nature à la confirmer.

Émaciation générale. — Ce dernier symptôme ne se montre que lorsque la maladie est parvenue à son dernier période.

Pemberton assure que, dans ces cas, l'amaigrissement est extrême, et qu'il dépasse ce que l'on observe dans toute autre espèce de maladie. Quelquefois aussi, dit M. Mondière (*loc. cit.*), l'émaciation générale est accompagnée d'une véritable anémie, ce qu'il faut attribuer à ce que la chylification est imparfaite, par suite de l'absence ou de l'altération du liquide pancréatique.

Causes. — L'abus du mercure est une des causes les plus frappantes des maladies du pancréas. Après l'abus des préparations mercurielles, celui du tabac mérite le plus d'être cité; cette cause a évidemment agi dans plusieurs cas bien observés, et déjà depuis long-temps l'on avait signalé l'influence de l'habitude excessive de fumer ou de mâcher du tabac sur les glandes salivaires et les organes digestifs. Les liqueurs alcooliques prises immodérément, les purgatifs souvent répétés, la grossesse, sont aussi des causes fréquentes de l'inflammation et des dégénérescences du pancréas. Les phlegmasies et les autres maladies de l'estomac et du duodénum entraînent souvent aussi à leur suite les altérations de cette glande. A ces causes il faut en joindre d'autres plus obscures, et qui ont été indiquées par plusieurs auteurs; l'administration long-temps continuée du quinquina, les médicamens échauffans, les métastases rhumatismales, varioleuses, etc., des calculs arrêtés dans le canal pancréatique, l'hystérie, l'hypochondrie: l'hérédité semble aussi jouer un certain rôle dans la production des maladies du pancréas. Fleischmann parle d'un père et d'un fils exerçant tous deux la même profession, et morts tous deux d'une maladie du pancréas. Nous n'avons rien de positif sur l'influence que les divers climats peuvent exercer sur la production des maladies du pancréas; nous dirons seulement que, suivant M. Pugnet (*Mémoire sur les fièvres de mauvais caractère du Levant et des Antilles;* Lyon, 1804, in-8°), les engorgemens du pancréas sont très communs dans la haute Égypte.

Traitement des affections chroniques du pancréas. — Les affections chroniques du pancréas, plus obscures dans leur début que les maladies aiguës du même organe, sont aussi plus rebelles aux moyens curatifs. Frédéric Hoffmann dit, en parlant de ces affections, que l'art en est réduit aux seuls moyens diététiques. Pemberton, qui s'accorde avec lui sur l'ineffi-

cacité des médicamens proprement dits, recommande surtout le régime végétal et lacté; cependant, il veut qu'on s'attache à combattre les symptômes qui présentent le plus de gravité. Si, dans ces cas, en effet, il y a de la douleur, il faudra mettre en usage les évacuations sanguines, soit locales, soit générales, les fomentations émollientes et calmantes, les cataplasmes, les bains. La saignée générale serait surtout employée si, à la douleur locale, se joignait de la chaleur générale et de l'élévation dans le pouls. Existe-t-il de la constipation, on tâchera de provoquer régulièrement une selle toutes les vingt-quatre heures, soit à l'aide de lavemens, soit à l'aide de doux minoratifs. Existe-t-il, au contraire, de la diarrhée, il faudra la combattre à l'aide des opiacés. Quant aux vomissemens, sans négliger les anti-émétiques et les anti-spasmodiques, on recommandera avant tout au malade de ne faire usage que des alimens ou des boissons pour lesquelles son estomac paraît avoir le moins de répugnance. Pemberton cite, à ce sujet, l'observation d'une femme affectée d'une maladie du pancréas, qui ne pouvait digérer que le lait de beurre; et chaque fois qu'elle en était privée, elle était prise de nouveaux vomissemens.

Mais, tout en ayant recours à ces moyens, qui ne sont que palliatifs, il faudrait avoir recours à des moyens résolutifs tant internes qu'externes. Ainsi, parmi les premiers, les eaux minérales fondantes, les extraits de plantes amères, ceux des plantes narcotico-âcres, le fiel de bœuf, l'assa fœtida, les savons médicinaux, les préparations antimoniales ou iodiques, seront employés avec avantage, pourvu toutefois que l'on étudie avec attention leur effet sur les organes digestifs, et qu'on les suspende s'ils déterminent une trop grande excitation. Parmi les préparations pharmaceutiques qui résultent des divers combinaisons du mercure, il en est une qui mérite une mention particulière; je veux parler du calomel, qui n'est pas seulement recommandable comme résolutif et comme doux laxatif, mais encore par l'action toute spéciale qu'il exerce sur le pancréas comme sur les glandes salivaires. Il faudra donc avoir aussi recours à ce médicament si la salivation ou la diarrhée n'en contre-indiquent pas l'usage.

M. Bécourt (*loc. cit.*, p. 80) recommande aussi l'usage de la liqueur antimiasmatique de Kœchlin (solution de sous-muriate

de cuivre ammoniacal); suivant lui, ce médicament est doué d'une action fortement résolutive et ne fatigue pas l'estomac. Du reste, l'auteur lui-même avoue que l'expérience n'a pas encore vérifié l'efficacité de ce médicament dans les maladies du pancréas. L'on doit rester dans le même doute au sujet du chlore, qui a été fortement préconisé par le docteur Eyting.

Quant aux moyens résolutifs appliqués à l'extérieur, outre les saignées locales, on pourra mettre en usage les embrocations, les frictions avec diverses pommades, les emplâtres fondans. Enfin, on devra insister sur les suppurations profondes entretenues long-temps vers la région épigastrique à l'aide du cautère ou du séton. C'est sous l'influence de ce dernier moyen que l'on peut mieux espérer de voir disparaître les engorgemens dont le pancréas est le siége, et qui ont résisté à tous les autres moyens thérapeutiques.

RAHN (J. R.). *Diagnosis scirrhorum pancreatis observationibus anatomico-pathologicis illustrata.* Gottingue, 1796. Réimpr. dans Brera, *Syll. select. opusc.*, t. XI, p. 99.

SEWAL. *An essay on the diseases of the pancreas.* Dans *The med. and phys. Journ.*, 18.., t. XXXI, p. 94.

PEMBERTON. *On diseases of the pancreas.* Dans *The pract. treatise on the various diseases of nbdominal viscera.* 2e édit. Londres, 1807, in-8°.

HOFFMANN (G. chr. Maur.). *De pancreate ejusque morbis.* Nuremberg, 1807, in-8°.

HARLES (C. F.). *Ueber die Krankheiten des Pankreas.* Nuremberg, 1812, in-4°.

SCHMACKPFEFFER. *Observationes de quibusdam pancreatis morbis.* Halle, 1817, in-4°.

PERCIVAL. *On the diseases of the pancreas.* Dans *Transact. of the assoc. of phys. in Ireland.* 1818, t. XI, p. 130.

ABERCROMBIE (J.). *Contributions to the pathology of the stomach, the pancreas, and the spleen.* Dans *The Edinb. med. and surg. journal.* 1814, t. XXI, p. 243.

BÉCOURT (J. G.). *Recherches sur le pancréas, ses fonctions et ses altérations organiques.* Thèse. Strasbourg, 1830, in-4°, fig.

BRIGHT (R.). *Cases and obserPntions connected with diseases of the pancreas and duodenum.* Dans *Trans med. chir. de Londres.* 1833, t. XVIII, p. 1, Extr. dans *Archiv. gén. de méd.*, 2e sér., t. IV, p. 482.

BIGSBY (J. J.). *Observations pathologicnl nnd therapeutic on diseases of the pancreas.* Dans *The Edinb. med. and surg. journ.*, 1835, t. XLIV, p. 85. Extr. dans *Archiv. gén. de méd.*, 2e sér., t. IV, p. 482.

Mondière (J. T.). *Recherches pour servir à l'histoire pathologique du pancréas.* Dans *Archiv. gén. de méd.* 1836, 2e série, t. xi, p. 36 et 265, t. xii, p. 133. R. D.

PANSEMENT. — Mode de traitement local qui consiste dans l'application méthodique des appareils destinés à maintenir une partie en situation ou à contenir sur des organes malades les moyens propres à les ramener à des conditions meilleures. L'utilité des pansemens ne saurait être contestée; personne n'ignore que la plupart des maladies chirurgicales en réclament l'emploi. Au moyen du pansement, on met les parties lésées à l'abri du contact de l'air et des corps extérieurs; on les préserve de l'influence des variations quelquefois très brusques de la température atmosphérique; on empêche les parties qui avoisinent la surface des plaies d'être salies par les matières très variées que produisent celles-ci; on excite ou on calme à propos la surface d'un ulcère ancien, etc., etc. Les pansemens faits avec soin et avec méthode facilitent la consolidation des fractures, diminuent les douleurs, hâtent la guérison des plaies, des ulcères, et assurent souvent le succès des opérations ou du moins le rendent plus complet: ainsi, au lieu de négliger, de dédaigner même, comme le font aujourd'hui la plupart des élèves, les détails qui se rattachent à ce mode de traitement, on devrait, à l'instar de Louis, de Lecat, de Lombard, etc., le considérer comme une des parties les plus essentielles de la chirurgie pratique.

Ce n'est guère que dans les hôpitaux que l'on peut acquérir les qualités manuelles si nécessaires à l'exécution méthodique des pansemens; ce n'est que là, en effet, que l'on peut apprendre à faire un pansement avec douceur, adresse et célérité. L'administration de ces soins locaux n'est pas purement mécanique, elle doit être raisonnée. Pour panser convenablement, il faut donc avoir des connaissances en pathologie et en thérapeutique chirurgicale, afin de pouvoir faire les changemens, les substitutions et les innovations que les divers états des maladies peuvent exiger.

Les pansemens sont réduits aujourd'hui à des élémens très simples; on emploie rarement les onguens, qui, à quelques exceptions près, sont en effet beaucoup plus souvent nuisibles qu'utiles.

Les pansemens exigent un certain nombre d'instrumens; ceux dont on a besoin le plus fréquemment sont des ciseaux, des pinces à anneaux, des sondes, des stylets, une spatule, un porte-pierre, un porte-mèche, une petite seringue à injection, etc.

Les appareils à pansement varient en raison de la maladie qui en réclame l'emploi, et de la partie sur laquelle on les applique. En général, les pièces qui servent dans presque tous les cas se composent de charpie brute, de plumasseaux, de compresses de différentes formes, de bandes de différentes espèces, de bandelettes enduites de cérat, de bandelettes agglutinatives, de fils cirés ou non cirés, de quelques onguens, etc., etc. Les pansemens exigent encore un certain nombre d'autres objets, tels que des éponges fines, des vases remplis d'eau tiède ou d'une décoction appropriée à l'état de la partie malade, un ou plusieurs bassins propres à recevoir les pièces d'appareil, des draps pliés en plusieurs doubles; enfin, un réchaud allumé est quelquefois nécessaire en hiver, ainsi qu'une ou plusieurs bougies, si la lumière du jour est insuffisante.

Tout étant préparé et disposé dans l'ordre suivant lequel chaque objet doit être employé, le chirurgien, assisté d'un ou de plusieurs aides, se place du côté de la partie affectée, et donne à cette partie une situation commode, et telle que le malade puisse la garder sans efforts pendant toute la durée du pansement.

Les différentes pièces d'appareil seront appliquées mollement, sans plis, et le tout sera serré suffisamment pour être maintenu, mais pas assez pour produire de la douleur ou une gêne dans la circulation, ce qui obligerait à lever l'appareil. La quantité de charpie doit être proportionnée à celle du pus: en hiver, elle peut servir à protéger la plaie contre le froid, et on peut l'employer plus abondamment qu'en été; mais il faut se garder d'étouffer la partie sous des masses de linges, comme le font quelques chirurgiens. Malgré le discrédit où sont tombés les plumasseaux, ils sont préférables à la charpie mise en bloc ou en pelotons sur la plaie, car ils exercent une compression plus égale et plus uniforme.

On aura soin de procéder avec une certaine rapidité, pour diminuer la fatigue du malade, et éviter le contact de l'air

sur la plaie, quoique ce gaz, au reste, ne soit pas aussi malfaisant que le pensaient les anciens. Pour prévenir les courans d'air, il est bon de fermer les portes, les fenêtres de l'appartement occupé par le malade, et même quelquefois les rideaux du lit. La plus grande propreté est de rigueur. On garnira le malade ou le lit avec des draps; on n'emploiera que des linges blancs et usés autant que possible, afin que leur contact soit plus doux.

Le premier pansement varie un peu, suivant qu'on veut réunir la plaie par *première intention*, ou qu'on ne cherche à obtenir qu'une réunion *secondaire*. Dans le premier cas, l'écoulement du sang doit être entièrement arrêté, et la surface de la plaie libre de tout caillot. A l'aide d'éponges fines et mouillées d'eau tiède, on lave soigneusement la partie, et on l'essuie ensuite avec des linges secs, pour que les bandelettes unissantes puissent facilement adhérer sur la plaie et au voisinage. Les fils à ligature, dont un des deux chefs a été coupé tout près du nœud, sont ramenés ensemble vers l'angle déclive de la plaie, ou conduits séparément et directement sur le bord le plus voisin, suivant les cas; et après qu'ils ont été renversés sur la peau, on les fixe au moyen d'une petite bandelette agglutinative, ou dans un petit linge carré, qui lui-même sera plus tard recouvert par les tours de bande. Ces choses étant faites, on applique les bandelettes unissantes, puis un linge troué légèrement enduit de cérat, puis de la charpie, en quantité variable, puis les compresses, et enfin le bandage. — S'il s'agit d'une plaie qui ne doit se réunir que secondairement, il est inutile d'absterger, de nettoyer et d'essuyer aussi complètement la partie; la propreté est le seul but à chercher alors. On peut couper jusque près du nœud les deux chefs de chaque ligature, et on place sur toute la surface saignante des boulettes de charpie, directement à nu, si l'on craint un léger suintement sanguin, ou si l'on veut produire une légère excitation; dans le cas opposé, on ne place la charpie que par-dessus un linge fin et enduit de cérat. Pour les plaies larges et peu profondes, un ou plusieurs plumasseaux seront préférés aux boulettes de charpie. Les compresses et les bandes seront appliquées ici comme dans l'autre pansement.

La levée du premier appareil nécessite autant de précau-

tions que l'application du premier pansement. On sait combien, généralement, les malades redoutent ce moment. Autrefois cette frayeur n'était que trop fondée, puisque, se hâtant de renouveler l'appareil au bout de vingt-quatre heures, le chirurgien était obligé d'exercer des tractions douloureuses pour enlever la charpie et autres pièces fortement unies à la plaie. Une pratique mieux entendue est suivie aujourd'hui. S'il est question d'une plaie dont on attend la réunion primitive, des pansemens prématurés ne pourraient que rompre des adhérences qui commencent à s'établir, et il vaut mieux, par conséquent, ne renouveler le pansement que du troisième au quatrième jour. La même époque sera également choisie pour les plaies qui devront suppurer. Alors la suppuration a eu le temps d'imbiber les parties les plus profondes de l'appareil, et pour les enlever sans trop de douleur, le chirurgien n'a plus qu'à les arroser d'eau tiède et à procéder avec soin et précaution.

L'application immédiate sur la plaie d'un linge enduit de cérat n'a d'autre but que d'empêcher l'adhésion à la surface blessée. Si l'on avait appliqué des boulettes de charpie ou des éponges à nu, il ne faudrait les enlever que lorsqu'elles auraient été isolées et détachées par le pus. Presque tous les chirurgiens de nos jours se comportent de cette manière, et c'est avec raison, à notre avis, que M. Velpeau blâme la conduite d'un praticien qui a pour habitude, après les grandes opérations, de renouveler le premier appareil dès le lendemain. Cependant, il est manifeste que la règle précédemment établie ne saurait être invariablement suivie dans tous les cas. Une hémorrhagie survenue après le premier pansement oblige, si elle est abondante, à découvrir la plaie. Des douleurs très vives, un gonflement de la partie, demandent également que l'on retouche prématurément à l'appareil; mais, pour ce dernier cas, il faut se contenter de relâcher les bandes et les pièces superficielles. Enfin, la température du climat ou des saisons peut aussi nécessiter quelques modifications : dans les pays chauds, et chez nous en été, on doit moins retarder le second pansement, à cause de l'abondance et de la mauvaise odeur de la suppuration qui peut incommoder le malade. En hiver, au contraire, on peut attendre quelquefois jusqu'au cinquième ou sixième jour. Il est aussi quelques circonstances individuelles, telles que la formation plus prompte et plus

abondante du pus, qui peuvent déterminer le chirurgien à avancer l'époque du second pansement pour certains malades.

Une fois le premier appareil levé, règle générale, on doit panser tous les jours les plaies qui suppurent. Nous avons encore, à cet égard, modifié la pratique des anciens, qui pansaient plusieurs fois en vingt-quatre heures. Si l'on tient compte de la répugnance des malades pour suppporter cette légère opération, de la gêne et des douleurs qui l'accompagnent presque toujours nécessairement, de l'inconvénient de mettre trop souvent à l'air la surface blessée, on concevra qu'il faut se guider uniquement sur ce point par les soins de propreté et l'abondance de la suppuration. Cette dernière condition indique qu'il est des plaies qu'il faut panser deux fois par jour, car on doit soigneusement éviter le trop long séjour et l'accumulation du pus. A la vérité, M. Larrey, suivant, à ce qu'il paraît, la pratique des Égyptiens et des Espagnols, emploie pour les plaies suppurantes un appareil inamovible, qui, à moins de circonstances extraordinaires, reste en place jusqu'à l'entière cicatrisation. On peut voir dans ses *Mémoires de chirurgie militaire* que cette conduite lui a donné de beaux résultats. Mais néanmoins, admis aujourd'hui volontiers pour les fractures, ce mode de pansement n'a pas encore été adopté pour les plaies aux parties molles.

Le froid et la chaleur ont été regardés par quelques observateurs anciens comme des moyens utiles pour la cicatrisation des plaies; mais ce n'est que dans ces dernières années qu'on a songé à en faire une application méthodique. On s'est promptement aperçu que l'emploi de compresses imbibées d'eau froide à la surface de la plaie était sujet à des inconvéniens. Ces linges s'échauffent rapidement par le contact des tissus enflammés, et, quelque soin que l'on mette à les renouveler fréquemment, il en résulte presque toujours des variations nuisibles et inégales de chaud et de froid. Alors on a imaginé d'arroser la surface blessée, médiatement ou immédiatement, avec un courant d'eau continu, dont on règle à son gré la température. M. Josse, d'Amiens, paraît être le premier, en France, qui ait eu recours à ce moyen. Après lui, MM. A. Bérard, Breschet, Cloquet et Velpeau, ont soumis un grand nombre de malades à ce mode de pansement. On peut voir, dans le *Traité de médecine opératoire* de M. le professeur

Velpeau (2e édit., t. I, p. 265) une figure qui représente un appareil d'*irrigation* dans toute sa perfection, et tel qu'on l'emploie dans quelques hôpitaux. Mais on comprend qu'avec un peu d'industrie, il soit très facile d'en improviser de plus simples, et assez propres néanmoins à remplir le but qu'on se propose. Il suffit d'avoir un vase plein d'eau suspendu au-dessus de la partie blessée, et armé d'un syphon qui descende à quelques pouces de la plaie; une toile cirée qui enveloppe soigneusement le membre reçoit le liquide comme dans un réservoir, et le conduit par une gouttière dans un bassin placé à côté du lit. Deux points sont nécessaires : faire en sorte que le courant d'eau sur la partie blessée soit continu, et que le liquide d'irrigation soit constamment à la même température; disposer le réservoir placé sous le membre, de façon à ce que l'eau ne s'y accumule pas, ne filtre pas au travers ou n'en dépasse point les bords pour aller inonder les draps du lit et le corps du malade. De là résulte que ce mode de pansement demande une grande surveillance.

Les résultats obtenus par les irrigations froides ont été, en général, satisfaisans; mais des chirurgiens sont d'avis de ne les employer qu'avec réserve. Outre le grave inconvénient qui serait la suite d'un courant, tantôt plus chaud, tantôt plus froid, ou bien quelquefois suspendu, outre la possibilité d'un refroidissement causé par l'inondation du lit, M. Velpeau reproche encore à ce moyen de masquer souvent l'inflammation plutôt que de la prévenir ou de l'éteindre, de ne pas empêcher la suppuration, comme on l'avait d'abord espéré, ni même les fusées purulentes, et, en définitive, de rendre la suppuration fluide et de mauvais aspect, de faire prendre aux plaies une disposition moins favorable à la cicatrisation. Pour ces motifs, ce chirurgien ne conseille les irrigations continues que pour les inflammations de la peau, ou sous-cutanées, et avant l'époque de la suppuration. Celle-ci établie, elles auraient, dit-il, plus d'inconvéniens que d'avantages (*Médecine opératoire*, t. I, p. 267). M. Gerdy, qui se montre assez partisan des irrigations froides, et qui en a retiré de grands avantages, deux fois entre autres pour des plaies de l'articulation tibio-tarsienne, une fois pour une tumeur blanche, etc., M. Gerdy reconnaît que ce moyen ne répond pas à toutes les promesses de ses apologistes, et admet également qu'il peut masquer des

suppurations et de graves désordres cachés sous la peau (*Traité des bandages*, 2e édit., t. II, p. 252). Sans doute, la méthode par irrigation froide peut avoir les inconvéniens signalés, et donner lieu à des phlegmasies internes, lorsque le malade vient à être inondé et refroidi; mais néanmoins, employée avec intelligence, elle est très précieuse, et permet de mener à bien certaines plaies considerables, qui, au premier abord, auraient paru devoir nécessiter l'amputation; seulement, le chirurgien doit en surveiller sans cesse l'action, graduer la température du liquide, et savoir suspendre ou continuer l'appareil suivant les circonstances.

Un autre mode de pansement des plaies, entièrement opposé au précédent, est l'application immédiate de la chaleur. Déjà, dans le siècle dernier, Faure employait la chaleur pour hâter la cicatrisation d'ulcères rebelles et de plaies anciennes, à l'aide de charbons ardens qu'il approchait de la partie affectée, et y maintenait tout le temps que pouvait les supporter le malade. D'autre part, beaucoup d'auteurs avaient noté que, dans les pays chauds, on obtenait des cicatrisations plus promptes et beaucoup plus heureuses que dans les régions froides. M. Larrey, en particulier, rapporte à cet égard des faits surprenans et dignes du plus haut intérêt; et la pratique de M. Baudens, en Afrique, et celle de M. Levacher, aux Antilles, démontrent encore l'action bienfaisante de la chaleur sur la cicatrisation des blessures. Néanmoins, dans nos pays, on avait abandonné les premières tentatives de Faure (*Acad. de chir., Mém.*, t. V, p. 540, in-8°), et on laissait stériles les faits cités par M. Larrey, lorsque M. Jules Guyot fut conduit, par des considérations théoriques, à utiliser la chaleur dans le pansement des blessures. Dès l'anuée 1833, il fit une séric d'expériences sur des animaux, et peu de temps après obtint de soumettre à sa méthode des malades couchés, en différens services, dans les hôpitaux de Paris (*Arch. médic.*, juin, 1834). Depuis lors, beaucoup de chirurgiens ont répété les essais.

L'idée fondamentale consiste à enfermer la partie blessée dans une boîte exactement close, où l'on maintient l'air à une température à peu près uniforme, et qui doit être celle du corps humain, + 36° c. Les appareils les plus avantageux pour atteindre ce but sont ceux que fabrique aujourd'hui M. Charrière: c'est une caisse ouverte sur une de ses faces pour per-

mettre l'introduction de la partie blessée. Une toile ferme, fixée au contour de cette face, s'attache par un lacet sur le membre ; un tuyau, coudé et métallique, adapté à une des extrémités, conduit l'air chaud, que l'on fait arriver au moyen d'une lampe à alcool, supportée sur uu siége ou sur le sol, à côté du lit. Le couvercle de la boîte est vitré, et permet de surveiller l'état du membre, sans qu'il soit besoin de le déloger ; et enfin une soupape adaptée sur un des points du tuyau conducteur laisse la liberté de diminuer ou d'augmenter, suivant le besoin, le degré de température. On peut aussi munir l'intérieur de l'appareil d'un thermomètre. La forme de ces appareils doit être variée pour les différentes parties auxquelles on l'applique. M. Guyot en décrit plusieurs : pour le membre inférieur, le membre supérieur, l'épaule et le thorax, pour le bassin et le ventre, pour la face, et même le corps entier.

Jusqu'ici ce mode de pansement a été appliqué aux ulcères, aux plaies récentes, et surtout aux amputations. Les faits recueillis avec soin par M. Guyot lui-même, et qui sont au nombre de cinquante-huit, démontrent qu'une température au-dessus de + 46° c., ou au-dessous de + 25° c., occasionne des douleurs dans la plaie, et une augmentation de la suppuration, qui devient fétide en même temps que la cicatrisation cesse de marcher. Du reste, nous ne pouvons mieux faire que de donner ici la statistique de M. Guyot, car tout son travail est empreint d'une bonne foi remarquable (*De l'incubation et de son influence thérapeutique*, 1840). Plaies de la peau et du tissu cellulaire, sept, dont une simple, uue par arrachement, trois à la suite d'érysipèle phlegmoneux, deux par écrasement ; quatre étaient accompagnées d'un état général très grave. La guérison a été complète dans tous les cas; les symptômes généraux ont promptement disparu. — Tumeurs blanches, rhumatismes : résultats douteux. — Amputations : sur trente-deux cas, M. Guyot en élimine huit, soit parce que l'appareil fut mal employé, soit parce qu'il le fut pendant un temps trop court. Des vingt-quatre qui restent, il y eut treize amputations de cuisse, huit de jambes, une d'avant-bras, une du gros orteil, une du doigt annulaire. Parmi les treize amputés de cuisse on trouve huit guérisons; les cinq sujets qui succombèrent retirerent même des avantages incontestables, pour quelques-uns au moins; ainsi l'un ue mourut que le quarante-cinquième

jour, et, dit l'auteur, on pouvait manier et saisir son membre opéré comme un membre sain; un second malade était atteint en même temps d'une carie au sacrum, et il mourut d'excès de régime, au moment où la cicatrisation était presque achevée, au bout de seize jours. Sur les huit amputés de jambe, cinq guérisons. Les trois amputations d'avant-bras, d'un doigt et d'un orteil, guérirent.

Nous avons préféré exposer les résultats précédens, que de discuter la valeur absolue du mode de cicatrisation en question. Celui-ci, accueilli d'abord avec une faveur sans égale, semble maintenant un peu abandonné. L'expérience n'est pas complète, ainsi que le dit lui-même M. Guyot, et il est besoin d'ultérieures recherches. Bornons-nous à dire que, comme l'action continue du froid, celle de la chaleur est un moyen avantageux et même puissant pour cicatriser les plaies; mais que l'une et l'autre demandent beaucoup de soin et d'intelligence dans leur emploi.

En ce qui concerne d'autres détails relatifs aux pansemens en général, nous renvoyons à différens articles (Charpie, Déligation, Bandages, etc.). Murat et A. Bérard.

Lecat (Cl. Nic.). *Mémoire sur ce sujet : déterminer dans chaque genre de maladies chirurgicales les cas où il convient de panser fréquemment, et ceux où il convient de panser rarement.* Dans *Prix de l'Académie royale de chirurg.*, t. I.

Lombard (J.). *Instruction sommaire sur l'art des pansemens*, etc. Strasbourg, an V (1797), in-8°.

Kern (Vinc. de). *Avis aux chirurgiens pour les engager a adopter une méthode plus simple, plus naturelle et moins dispendieuse dans le pansement des blessés.* Vienne, 1809, in-4°. Ibid., 1825, in-4°. Trad. en allem. par J. B. Schaul. Stuttgart, 1810, in-8°.

Walther. Même sujet Dans *Graefte's und Walther's journ.*, t. IX, 2e cah. Extr. dans *Archiv. gén. de méd.*, 2e série, t. III, p. 144.

Gerdy (P. N.). *Traité des pansemens proprement dits* (formant le tome IIe du *Traité des pansemens et de leurs appareils*, 2e édit.). Paris, 1839, in-8°.

Voyez, en outre, les divers traités de chirurgie et d'opérations, et les art. Plaie, Ulcère. R. D.

PAPAVÉRACÉES (*Papaveraceæ*). — Le pavot forme le type de cette famille naturelle des plantes qui appartient à la classe des dicotylédones polypétales à étamines hypogynes. Toutes les papavéracées sont des végétaux herbacés, annuels,

moins profondément découpés en lobes nombreux. Leurs fleurs terminales ou axillaires sont quelquefois très grandes, et de couleurs variées. Elles se composent d'un calice à deux sépales concaves, très caducs; d'une corolle de quatre pétales ou vivaces, portant des feuilles alternes simples ou plus ou réguliers ou irréguliers, diversement plissés dans le bouton, avant son épanouissement; d'étamines généralement en grand nombre, ayant les filets grêles et capillaires. L'ovaire est libre, globuleux ou très allongé, à une loge, contenant un grand nombre d'ovules attachés à des trophospermes pariétaux et lamelliformes, saillans en forme de cloisons. Le stigmate est sessile. Le fruit est une capsule arrondie ou allongée en forme de silique, s'ouvrant au moyen de valves ou de trous, et contenant un nombre variable de graines.

Les plantes qui forment la famille des papavéracées contiennent toutes un suc propre, tantôt blanc, tantôt jaune, ou même rougeâtre, qui existe dans toutes leurs parties, d'où il s'écoule lorsqu'on les entame. C'est ce liquide qui forme le principe actif de toutes les papavéracées, et qui les rend, en général, plus ou moins âcres, vireuses et délétères, sans cependant être absolument le même dans toutes les plantes de cette famille. Ainsi, dans les différentes espèces du genre pavot, le suc propre est plus ou moins narcotique et stupéfiant. C'est, en effet, de l'une de ces espèces, le pavot somnifère, que l'on retire l'opium, le plus puissant de tous les médicamens stupéfians. Les mêmes propriétés existent dans le suc propre du pavot d'Orient, du pavot de Tournefort, et jusque dans les pétales de plusieurs espèces vulgaires, comme le coquelicot, par exemple (*voy.* Pavot et Opium). Dans le genre chélidoine, le suc laiteux, qui est jaunâtre, est surtout très âcre et très caustique. Appliqué sur la peau, il la rubéfie et finit par l'ulcérer. Aussi les plantes de ce genre sont-elles dangereuses, quoique néanmoins quelques praticiens aient prescrit l'usage de leur racine comme émétique ou drastique; mais il est plus prudent de s'en abstenir.

Les graines des papavéracées, qui sont dépourvues de suc propre, ne participent en rien des propriétés des autres parties de la plante. Elles contiennent une grande quantité d'huile grasse, que l'on extrait par le moyen de la presse, et que l'on emploie dans les arts et l'économie domestique sous le nom d'*œillette* ou d'*huile d'œillette*. D'après ce qui précède, on peut

regarder la famille des papavéracées non-seulement comme une famille très naturelle, sous le rapport des caractères botaniques, mais encore sous celui de la conformité de leurs propriétés et de leur mode d'action. A. RICHARD.

PAPULE, PAPULEUSES (affections). — On désigne par le nom de *papule* une petite tumeur peu élevée au-dessus du niveau de la peau, pleine, légèrement enflammée à sa base, ne contenant point de fluide et n'ayant point de tendance à se terminer par suppuration.

La papule est une des lésions pathologiques élémentaires du système dermoïde qui se présentent le plus fréquemment à l'observation. Elle forme le caractère fondamental de l'ordre *papulæ*, de Willan, et des genres *strophulus*, *lichen* et *prurigo* du même auteur. Les différences qu'elle présente dans chacun de ces genres ont servi à établir les espèces.

Dans le *strophulus*, maladie qui est propre à l'enfance, la papule participe jusqu'à un certain point de la finesse de la peau et de l'activité du système capillaire; elle est plus rouge, plus animée, elle est aussi plus fugace et plus rapide dans sa marche.

Dans le *lichen*, les papules offrent des apparences plus variées, soit dans leur aspect, soit dans leur forme, leur arrangement et leur degré de développement. Ce sont ces différences qui ont été considérées par les pathologistes anglais comme les caractères spécifiques. Tantôt ces papules sont isolées, discrètes, peu nombreuses (*lichen simplex*); tantôt elles sont rassemblées en groupes presque réguliers (*lichen circumscriptus*). D'autres fois elles ont l'aspect de petites piqûres d'orties (*lichen urticatus*). Enfin, on les voit quelquefois se réunir en grand nombre former des plaques plus ou moins étendues, s'enflammer en se confondant, s'ulcérer à leur sommet d'où s'exhale continuellement un liquide séro-purulent qui se transforme en croûtes légères, ou squames minces et humides : elles constituent alors l'espèce qui est désignée par les pathologistes sous le nom de *lichen agrius*.

Dans le *prurigo*, les papules sont plus larges que dans les autres genres. Elles sont le plus ordinairement recouvertes à leur sommet d'un petit caillot de sang noirâtre adhérant à la surface. Lorsqu'elles sont nombreuses, qu'elles ont souvent repullulé sur le même siége, elles semblent altérer plus pro-

fondément les couches dermoïdes, puisqu'on voit sur les points qu'elles ont occupés de petites cicatrices légères, mais facilement apercevables à l'œil nu. Dans le lichen invétéré, dans lequel les papules ont occupé une grande partie de l'enveloppe tégumentaire, l'altération est différente: la peau devient sèche, rugueuse, dure; elle est sillonnée par des rides profondes, surtout autour des articulations. On voit que, dans ce cas, le système exhalant est frappé d'une sorte d'inertie, car les moyens les plus propres à ranimer ses fonctions paraissent sans effet. J'ai vu plusieurs fois des individus qui présentaient cette disposition conserver dans le bain de vapeur cette sécheresse de la peau qu'ils avaient en y entrant.

Une autre altération remarquable qui est la suite presque inévitable des affections papuleuses, en général, c'est une sorte de coloration jaunâtre, fauve sur les points qui ont été long-temps le siége des éruptions. Cette coloration est si profondément empreinte, qu'on la voit subsister souvent pendant plusieurs années.

La papule est tantôt une lésion élémentaire primitive, et alors elle est le caractère fondamental du genre et de l'espèce; tantôt elle est consécutive, elle vient se mêler secondairement à d'autres formes, et dans ce cas elle n'est qu'une complication accidentelle. Cette observation est d'une grande importance dans l'étude des maladies de la peau, car c'est précisément parce qu'on n'a point assez distingué les lésions élémentaires primitives de celles qui surviennent plus tard, qu'on a jeté tant d'obscurités et d'incertitudes dans cette branche de la pathologie. L. Biett.

PARACENTÈSE. — Opération qui consiste à perforer la paroi abdominale, afin de donner issue aux différens liquides qui peuvent s'épancher dans le ventre, distendre cette cavité, et causer des accidens plus ou moins graves. Quelques praticiens désignent cette opération sous le nom de *ponction;* mais cette dernière expression est générique, et doit s'appliquer, par conséquent, à tous les cas où il devient nécessaire de plonger un instrument piquant et tranchant dans une cavité naturelle ou accidentelle.

On a recours, le plus souvent, à la paracentèse pour évacuer la sérosité qui s'est accumulée dans la cavité du péritoine, dans l'intérieur d'un viscère ou dans un kyste particulier

(*voyez* ASCITE et HYDROPISIE ENKYSTÉE). Quelquefois on a pour but de débarrasser le ventre d'une matière séro-purulente, suite de phlegmasie du péritoine ou de tout autre organe de l'abdomen ; d'autres fois, c'est pour donner issue à des liquides sanguinolens, etc.

On ne doit pratiquer la paracentèse qu'après avoir employé infructueusement les moyens les plus propres à arrêter les progrès de l'hydropisie, ou à favoriser l'absorption du liquide épanché. Rarement cette opération peut être considérée comme curative ; on doit la regarder le plus ordinairement comme un dernier moyen, comme une dernière ressource destinée à faire cesser momentanément la gêne que l'épanchement occasionne dans les fonctions de la digestion et de la respiration : en effet, on n'en tarit pas ordinairement la source; à un premier épanchement en succède bientôt un second; si on l'évacue, la maladie ne tarde pas à se reproduire. A chaque nouvelle ponction le malade s'affaiblit, il finit enfin par succomber. Toutefois, avant de porter un jugement, il est convenable d'avoir égard à la nature de l'hydropisie, car dans les collections séreuses récentes qui se forment brusquement, dans celles qui se manifestent chez des individns jeunes, à la suite des péritonites accidentelles après la rougeole, ou après la scarlatine répercutée, par exemple, s'il n'existe aucune lésion grave aux organes de la digestion et de la circulation, si le malade conserve des forces, on peut espérer sa guérison. Lorsque ces circonstances, aussi heureuses que rares, se trouvent réunies, on doit opérer de bonne heure, c'est-à-dire dès qu'on a reconnu manifestement la présence d'un liquide, et que la quantité de ce liquide est assez abondante pour que l'instrument ne blesse pas les organes du ventre. La paracentèse a été suivie quelquefois de la guérion spontanée de l'hydropisie enkystée de l'ovaire : ce cas est très rare. J'ai eu occasion de l'observer une fois à l'hospice de la Salpêtrière. Tous les ans la ponction devenait nécessaire : après l'avoir pratiquée sept ou huit fois, je ne fus pas médiocrement surpris de voir le ventre rester souple et affaissé. La femme étant morte d'une affection de poitrine quelques années après, je m'assurai que le kyste n'avait guère que le volume du poing; ses parois avaient beaucoup d'épaisseur; quelques onces de sérosité remplissaient sa cavité.

La paracentèse ne contribue qu'à alléger momentanément

les souffrances des malades lorsque l'hydropisie est l'effet de l'altération organique du foie, de la rate, etc., etc.; que la maladie est ancienne, le malade âgé et faible; que le scrotum et les membres inférieurs sont infiltrés. On doit attendre alors, pour opérer, que le ventre soit très distendu, la progression difficile ou impossible, et la suffocation imminente. On doit tenir la même conduite dans les hydropisies enkystées. L'expérience a appris que dans ce cas, encore plus que dans l'hydropisie symptomatique, la sérosité est à peine écoulée, qu'une nouvelle collection se forme et réclame bientôt une seconde ponction; celle-ci ne tarde pas à être suivie de plusieurs autres. Toutefois, il ne faut pas trop attendre; en effet, l'opération n'est réellement utile que lorsqu'on y a recours à une époque où le malade conserve encore des forces. On doit y renoncer lorsqu'il éprouve des douleurs vives dans le ventre, qu'il est tourmenté par la fièvre lente, et réduit au dernier degré de faiblesse et de marasme. Si le malade n'est pas très âgé, ou excessivement faible, s'il n'est pas affecté de lésions organiques très graves, il peut survivre à l'opération pendant un temps plus ou moins long : quelquefois il meurt après la première ou après la seconde ponction; d'autres fois, au contraire, il ne succombe qu'après avoir subi l'opération de la paracentèse un certain nombre de fois; on l'a pratiquée sur le même individu dix, vingt, quarante, cinquante, cent fois, et plus.

La nécessité de pratiquer la paracentèse étant reconnue, le chirurgien doit se procurer, avant tout, ce dont il peut avoir besoin : un trois-quarts, un stylet long, gros et boutonné, un peu de cérat, un vase pour recevoir le liquide, une ou deux alèses qu'on placera sous le malade, des compresses larges et carrées, un bandage de corps garni de son scapulaire et de deux sous-cuisses, un morceau d'emplâtre de diachylon gommé, etc., etc. On doit s'assurer si la pointe du trois-quarts est bien aiguë, et si le poinçon de cet instrument glisse avec facilité dans sa gaîne.

Tout étant préparé, on fait coucher le malade sur le dos, en ayant le soin de le rapprocher du bord du lit qui correspond au côté sur lequel on se propose d'opérer; la tête et la partie supérieure du corps sont médiocrement élevées au moyen de quelques oreillers; les jambes et les cuisses doivent être à demi fléchies sur le ventre. Un aide, qui se place à côté du

malade, le soutient, et applique une de ses mains sur la partie antérieure et un peu latérale du ventre, tandis que l'autre se dirige sur le côté où l'on va opérer. Un second aide, placé sur le bord du lit opposé, ou à genoux sur ce lit lorsqu'il est très large, applique ses deux mains sur le ventre. Jusque vers la fin du dix-septième siècle, on s'est servi, pour évacuer les liquides épanchés dans le ventre, d'un instrument étroit, aigu et tranchant des deux côtés, auquel on substituait une canule propre à faciliter l'écoulement des eaux. On emploie aujourd'hui le trois-quarts, instrument qui agit plutôt en écartant les tissus qu'en les divisant.

Les auteurs n'ont pas été d'accord sur le lieu où l'instrument devait pénétrer dans l'abdomen. L'ombilic, lorsqu'il présente une tumeur plus ou moins volumineuse, circonscrite, transparente, et avec fluctuation; l'aine ou le scrotum, lorsqu'il existe un sac herniaire distendu par de la sérosité descendue du ventre; le vagin, chez la femme, et le rectum, chez l'homme, sont autant d'endroits où l'on a conseillé de pratiquer la paracentèse. On a renoncé aujourd'hui à faire cette opération dans ces différentes régions. On perfore ordinairement le ventre sur l'une de ses parties latérales. Quoiqu'on puisse faire la ponction sur l'un ou l'autre côté de l'abdomen, en général on préfère cependant le côté droit, parce que les intestins sont plus particulièrement refoulés à gauche, et que l'épiploon descend plus bas de ce dernier côté. Si, en explorant l'abdomen, on reconnaît un engorgement dur et squirrheux vers l'un ou l'autre hypochondre, il faut opérer du côté opposé. Hippocrate veut qu'on pratique la paracentèse près de l'ombilic, ou en arrière, dans le voisinage des lombes. Quelques praticiens prescrivent de faire la ponction au milieu de l'espace qui sépare l'ombilic de la crête iliaque. Monro veut que l'on pique entre le nombril et l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles.

On a proposé de choisir le centre d'un triangle formé par l'ombilic, le sommet de l'os des îles, et le tiers antérieur du rebord des fausses côtes. Sabatier choisissait le milieu de l'espace compris d'une part entre les fausses côtes et l'épine iliaque, et de l'autre entre les apophyses épineuses des vertèbres lombaires et le nombril. M. Boyer pense qu'on doit plonger l'instrument au milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles. En général,

on risque peu en s'éloignant de l'ombilic; en s'en rapprochant, au contraire, on peut atteindre le bord externe du muscle droit, et rencontrer l'artère épigastrique. Lorsqu'on cherche le point de l'abdomen où le trois-quarts doit être porté, il faut examiner s'il y a quelques battemens artériels ou quelques veines dilatées.

Nous ne rappellerons pas ici les anomalies veineuses signalées par quelques auteurs modernes, et qui ont été déjà rapportées dans cet ouvrage (*voy.* art. ABDOMEN).

Comme on l'a dit tout à l'heure, il est des circonstances dans lesquelles le lieu d'élection pour la ponction doit varier : ainsi, dans l'ascite qui complique la grossesse, Scarpa (*Mélanges de méd. étrang.*, t. I) a pratiqué la paracentèse dans l'hypochondre gauche près du bord cartilagineux des côtes; il rapporte deux autres cas dans lesquels le docteur Cruch procéda à cette opération de la même manière, et avec un égal succès. M. Ollivier (d'Angers), en rappelant ces exemples dans un mémoire qu'il a publié sur ce sujet (*Archiv. gén. de méd.*, t. VI, p. 178), fait observer qu'il existe habituellement alors une tumeur ombilicale saillante, et qu'il suffit d'une simple moucheture faite sur cette tumeur avec une lancette, pour obtenir l'évacuation du liquide épanché. Il fait remarquer, avec juste raison, combien l'innocuité d'une pareille opération est complète, tandis que la ponction de l'hypochondre pourrait ne pas être toujours sans inconvénient. En résumé, on peut dire, avec M. Ollivier (d'Angers), que lorsqu'on est obligé de pratiquer la ponction à une femme enceinte et proche du terme de la grossesse, s'il existe une tumeur à l'ombilic, c'est sur cette tumeur que la ponction doit être pratiquée, sauf le cas de hernie ombilicale avec adhérences des parties herniées. Nous renvoyons, d'ailleurs, pour plus de détails à ce sujet au mémoire de M. Ollivier (d'Angers).

Le malade étant situé d'une manière convenable, et le lieu où l'opération doit être faite étant déterminé, le chirurgien se place au côté du lit sur lequel on a dirigé plus spécialement le corps du malade; il enduit l'extrémité du trois-quarts avec un peu de cérat, saisit ensuite cet instrument avec la main droite, de manière que le manche appuie contre la paume de la main, et que les trois premiers doigts soutiennent la tige; on a le soin de faire descendre l'index jusqu'à l'endroit où on

veut faire pénétrer le trois-quarts. Si le pavillon de la canule est en gouttière, on a l'attention de diriger sa face convexe en bas. Avant de piquer on recommande aux aides de comprimer doucement le ventre, afin de pousser la sérosité vers le point où l'opération doit être pratiquée. Après avoir tendu la peau avec le pouce et l'indicateur de la main gauche, on enfonce d'un seul coup le trois-quarts dans le ventre. Lorsque l'instrument a pénétré dans la collection aqueuse, ce dont on s'assure à un sentiment de résistance vaincue et à la liberté que le trois-quarts acquiert tout-à-coup, on prend la canule avec le pouce et l'index de la main gauche, et on l'enfonce un peu plus, pendant que de l'autre main on retire le poinçon; la sérosité s'écoule en arc dans le vase qui a été préparé pour la recevoir. Une pression douce et continue favorise cet écoulement. Pendant la sortie du liquide, le chirurgien soutient la canule. A mesure que l'eau s'écoule, les aides doivent faire sur le ventre une compression qui égale celle qu'exerçait la sérosité. Au moyen de cette compression, on peut évacuer entièrement l'eau sans craindre ni les faiblesses, ni les syncopes, qu'on a tant redoutées. Pour rendre la sortie du liquide plus complète, on doit, vers la fin de l'évacuation, faire relever et soutenir le bassin du malade au moyen d'un oreiller, pencher le ventre du côté opéré, et le comprimer en différens endroits et en différens sens. Pour faciliter la sortie des dernières portions de la sérosité, on incline le bout de la canule de divers côtés. Lorsqu'on s'est assuré qu'il ne reste plus d'eau, on la saisit et on la tire doucement à soi avec la main droite, tandis que le pouce et l'indicateur de la main opposée, placés sur le côté de l'ouverture, appuient sur la peau, l'empêchent d'être tiraillée et de suivre l'instrument. On couvre ensuite la piqûre avec un morceau de diachylon gommé. On place sur le ventre des serviettes, ou, mieux encore, des coussins de coton assez épais pour être de niveau avec la poitrine; on les soutient avec un bandage de corps suffisamment serré, qu'on a soin de réappliquer lorsqu'il se relâche; et on en continue l'usage jusqu'à ce que le ventre reprenne un volume assez considérable. Après l'application de cet appareil, on replace le malade dans son lit, en ayant soin de tenir sa tête un peu élevée. On cherche à prévenir ou à retarder la reproduction de l'épanchement dans le ventre, en prescrivant de nouveau l'administration des moyens conseillés dans les cas d'hydropisie.

Il arrive quelquefois que la sérosité, après avoir coulé pendant un certain temps, s'arrête peu à peu ou tout-à-coup, surtout si le malade vient à tousser. Une tumeur située dans le voisinage de l'endroit où la ponction a été faite peut s'appliquer contre l'ouverture de la canule, et suspendre l'écoulement de l'eau. Une portion d'intestin ou d'épiploon peut produire le même effet ; un flocon d'albumine, un lambeau membraniforme, s'introduisent parfois dans cette canule. On fait cesser la première cause en dirigeant l'instrument du côté opposé à celui où la tumeur se fait sentir; on remédie aux autres en éloignant les corps dont je viens de parler, à l'aide d'un gros stylet boutonné qu'on introduit dans la canule. La sérosité cesse parfois de couler, parce que la partie la plus fluide étant sortie, le reste est trop épais pour pouvoir passer par l'ouverture de la canule. Il n'est pas rare de trouver dans les kystes abdominaux un liquide bourbeux, noirâtre, semblable à de la lie de vin. Il faut faire une incision au ventre pour faire sortir cette matière étrangère. On doit se conduire de la même manière si des hydatides plus ou moins volumineuses remplissent la cavité du péritoine. Lorsque la sérosité épanchée est contenue dans deux ou trois poches, la ponction pratiquée dans le lieu ordinaire peut n'en évacuer qu'une seule. On est averti de cette disposition par la sortie d'une certaine quantité de liquide, par la mollesse, l'affaissement d'une portion du ventre, par la rénitence et la fluctuation qu'on sent dans les autres. Ce cas nécessite une nouvelle ponction.

Lorsque, après l'extraction de la canule, du sang sort par la petite plaie, on arrête cette espèce d'hémorrhagie en exerçant une compression sur le vaisseau lésé, au moyen d'un morceau de cire roulée entre les doigts, qu'on introduit dans la piqûre. On pourrait se servir, avec non moins d'avantage, d'un morceau de bougie en gomme élastique, d'un volume égal à celui de la canule du trois-quarts.

Après une ou plusieurs ponctions faites spécialement dans les cas d'hydropisie enkystée, une inflammation aiguë se développe quelquefois et se propage des parois du kyste au péritoine et aux viscères abdominaux : le ventre se tend, devient douloureux, la fièvre survient, des nausées, des vomissemens, le hoquet se manifestent. On ne peut opposer à cet état, presque toujours mortel, que l'emploi des antiphlogistiques.

On a cherché à diverses reprises les moyens de guérir radicalement les hydropisies abdominales après la ponction; mais tous les essais qu'on a tentés à ce sujet ont été insuffisans, ou tellement dangereux, qu'on les a bannis avec raison de la pratique de la chirurgie.

Nous ne parlerons pas ici de la ponction d'autres cavités que l'abdomen, ponction qui a quelquefois reçu le nom de paracentèse. *Voy.* OEIL, POITRINE, VESSIE. MURAT et A. BÉRARD.

ROEDER (J. J.). *De paracentesi abdominis evacuantibus internis in ascite anteferenda et de eamdem recte instituendi methodo.* Erford, 1799, in-8°.

LASSIS (S.). *Sur les avantages de la paracentèse pratiquée dès le commencement de l'hydropisie abdominale.* Thèse. Paris, an XI, in-8°.

GANDERAX (C.). *La paracentèse, dans le cas d'ascite primitive, est-elle le moyen sur lequel la médecine puisse le plus compter?* Thèse. Paris, 1804, in-4°. — Ces deux dissertations sont attribuées au professeur Chaussier.

OLLIVIER (C. P.). *Remarques sur l'opération de la paracentèse dans l'hydropisie ascite compliquant la grossesse.* Dans *Archiv. gén. de méd.*, 1824, t. VI, p. 178.

Voyez, en outre, les principaux traités de chir. et d'opération, et la trad. de l'*Hist. de la Méd.*, de Sprengel, t. IX, p. 134, pour l'historique de la paracentèse. R. D.

PARACOUSIE. — Ce mot désigne une altération de l'ouïe ou de la fonction de l'organe auditif. Déjà, à l'article OREILLE (maladies), j'ai traité des affections de cet organe, et il semblerait, en conséquence, inutile de réserver une place particulière aux troubles de la sensation elle-même, car, à notre époque, en pathologie, la description d'un organe comprend aussi celle des lésions de la fonction. Mais ce qui est possible pour les organes dont le jeu est bien connu, et dont l'anatomie pathologique est avancée, ne l'est plus pour ceux dont l'étude, sous ce double rapport, est encore incomplète. Aussi a-t-on pu voir dans ce qui a été publié sur les maladies de l'oreille, dans ce Dictionnaire, qu'on a séparé avec soin la description des divers états morbides de l'oreille, de la considération des différens troubles de l'audition. Cette seconde partie nous reste à faire.

Ici, au reste, je n'ai à m'occuper que de quelques-uns de ces troubles. L'audition est susceptible de trois modes d'alté-

ration, que l'on peut, avec Itard, ranger sous les trois chefs suivans : *exaltation de l'ouïe; dépravation de l'ouïe; diminution et abolition de l'ouïe.* Ce dernier mode comprend la surdité complète ou incomplète; en ce qui le concerne, je renvoie à l'article SURDITÉ, et je n'entends ici parler que des deux autres formes que l'on peut ranger sous le nom collectif de *paracousie.*

Il faut remarquer d'abord que l'exaltation ou la dépravation de l'ouïe peuvent se présenter sous trois états : à l'état physiologique, et alors ce n'est pas une affection, mais une modification légère et momentanée qui se montre ici comme dans la plupart des fonctions organiques, et comme d'ailleurs principalement dans les autres sensations ; à l'état malade, mais l'affection étant ailleurs que dans l'organe auditif ; c'est alors un symptôme d'une altération de l'encéphale, de l'abdomen ou d'une autre partie; la séméiologie s'occupe de cette variété. Enfin, à l'état de maladie isolée, c'est-à-dire cette altération de l'ouïe persistant, quelle que soit sa cause, et constituant une affection réelle de la sensation. Il serait à souhaiter que l'on pût rattacher cette dernière forme à des altérations connues de l'organe auditif ou du cerveau, mais malheureusement la science est muette encore à cet égard, et sur ce point on est réduit à la pathologie d'un symptôme.

Quoi qu'il en soit, voici ce que démontre l'observation : il il y a des individus qui sont fatigués par des sons dont la perception très vive est douloureuse et confuse, ou bien confuse sans être douloureuse. Dans les deux cas, c'est une véritable maladie, puisque l'ouïe, ainsi *exaltée,* a perdu de sa régularité, mais on conçoit que ce degré ne diffère de l'état physiologique que parce que le trouble est habituel et persistant. Deux malades, dont Itard rapporte l'histoire, présentaient cette affection, qui existe fort rarement à l'état idiopathique. Le traitement est plutôt empirique que rationnel; on a essayé les fumigations émollientes et les instillations d'huile dans le conduit auditif, moyens qui ont échoué sur les deux malades cités plus haut. A l'aide d'un tamponnement de l'oreille fait avec du coton, on peut espérer de diminuer l'acuité des sons, et de soustraire le malade à l'incommodité des bruits extérieurs, mais l'affection n'en est guère améliorée et le malade éprouve encore une très grande gêne des bruits produits en

lui par l'action de se moucher, d'éternuer. La forme symptomatique, beaucoup plus fréquente que la précédente, se rencontre dans la migraine, dans certaines névroses, l'hypochondrie, l'hystérie, dans des fièvres graves, et aussi dans plusieurs affections de l'oreille, l'oltalgie, l'otite commençante; on a pu voir ailleurs (Oreille, maladies) que très souvent la perforation de la membrane du tympan est suivie d'une susceptibilité exagérée du sens de l'ouïe.

Chez d'autres individus, il y a, non une exaltation, mais une perversion, une dépravation de la sensation; quelques auteurs, et entre autres Itard, réservent plus spécialement à cette variété le nom de paracousie, préférant celui d'*hypercousie* pour l'exaltation proprement dite. C'est à elle qu'appartiennent le *bourdonnement*, le *tintement d'oreille*, et certaines irrégularités de perception, telles que l'inégal retentissement de sons, qui ont une intensité égale, ou le désaccord entre les deux impressions qui arrivent simultanément aux deux oreilles.

Les bourdonnemens d'oreilles diffèrent par la nature des bruits qui peuvent être très variés : ce sont des bruissemens, des murmures, des tintemens, des sifflemens, etc. Ils diffèrent encore suivant qu'ils sont réels ou bien une fausse perception qui rentre dans les hallucinations. Parmi les bruits réels qui se font entendre aux malades d'une manière incommode et très gênante, les uns sont symptomatiques et se rencontrent surtout chez les hypochondriaques et les femmes hystériques, ou enfin dans certaines maladies aiguës. D'autres sont symptomatiques encore, mais tiennent à une altération située dans l'intérieur de l'oreille ou dans son voisinage. Ainsi la phléthore locale ou générale, la dilatation d'un vaisseau artériel situé non loin de l'organe auditif, un obstacle mécanique à la libre circulation de l'air dans l'oreille, sont autant de causes de bourdonnemens vrais de ce genre, que certains auteurs appellent *idiopathiques*.

Les bruits vrais ou réels ont très souvent lieu au commencement de la surdité, et comme quelquefois ils en sont le premier symptôme, tandis que d'autres fois l'oreille n'est affaiblie qu'à cause du bourdonnement, le médecin doit savoir reconnaître si celui-ci est cause de la surdité, ou si, au contraire, il n'en est qu'un symptôme concomitant. Cette distinction peut être fort difficile, car les malades sont toujours portés à attri-

buer la diminution de l'ouïe aux bruits qui les tourmentent sans cesse. Alors, il faut rechercher attentivement s'il existe une autre cause de la surdité, et si celle-ci a précédé ou suivi les tintemens d'oreille. Dans les cas où les bruits sont produits par le retentissement des pulsations des artères de la tête, ce qui n'est pas très rare, on peut arriver au diagnostic par un moyen simple, proposé par Itard : il suffit de comprimer pendant quelques minutes les troncs carotidiens ; si la surdité disparaît en même temps que les bruits, c'est qu'évidemment elle leur est consécutive. On conçoit, du reste, combien il importe de reconnaître cette dernière circonstance, attendu qu'à la longue la persistance de ces bourdonnemens pourrait affaiblir l'audition et en amener la perte.

Cette maladie n'est pas seulement incommode et très pénible; elle jette les malades dans un profond découragement, et compromet, ainsi que nous l'avons dit, le sens de l'audition : son traitement doit donc être dirigé avec soin. Malheureusement, il présente le plus souvent de grandes difficultés. Lorsque l'affection est due à une pléthore locale ou générale, des émissions sanguines pratiquées aux membres inférieurs ou à la veine jugulaire pourront la guérir, ainsi qu'on en rapporte des exemples. Mais, en beaucoup d'autres cas, où la cause est ignorée, et tient probablement à une excitation nerveuse, le médecin est obligé à des tâtonnemens qui ne seront pas toujours couronnés de succès. On pourra employer un moyen fort ingénieux qui a réussi chez une malade traitée par Itard; il consiste à masquer et à couvrir les bruits anormaux par des bruits artificiellement produits dans l'appartement du malade, surtout pendant la nuit. Le pétillement d'un feu de cheminée actif; le résonnement que produit dans un bassin de cuivre la chute d'un filet d'eau; le mouvement du balancier d'une pendule ou le bruit d'une autre machine placée sur le chevet du lit, peuvent être mis en usage à cet effet; et l'on tâchera de produire un bruit artificiel analogue à celui qui se fait entendre dans l'oreille. Nous pensons que ce moyen agit de deux manières ; d'abord par l'audition d'un bourdonnement plus fort que le premier, et qui l'efface, ensuite par le rhythme cadencé qui captive l'attention du malade.

Enfin, il est un certain nombre d'anomalies acoustiques dont la cause est peu connue. Ce sont des perceptions confuses ou inégales pour les deux oreilles; une double sensation

à la suite d'un son unique, etc. Cette dernière variété peut tenir à une action inégale entre les deux oreilles, et la condamnation momentanée de l'une ou de l'autre, peut au bout d'un certain temps, rétablir l'équilibre détruit; mais de tels dérangemens sont rebelles et sujets à récidive. A. Bérard.

PARALYSIE (de παραλυσις, relâchement, résolution). — *Paralysis nihil aliud est quam sensus et motus privatio,* dit Alex. de Tralles (*De art. med.*, t. I, p. 73). De nos jours le sens de ce mot est bien plus restreint, et l'on entend par *paralysie* la perte, ou au moins la diminution notable, soit du mouvement, soit du sentiment : de là la qualification de paralysie complète ou incomplète, dont on se sert pour indiquer l'intensité plus ou moins grande du mal.

Les organes qui, par leurs fonctions, appartiennent à la vie de relation, ou qui au moins entretiennent avec elle des rapports très directs, sont, à proprement parler, seuls susceptibles d'être affectés de paralysie. Aussi, nonobstant l'autorité de Cælius Aurelianus (*Acut. morb.*, t. II, lib. I, p. 101), ne peut-on, sans un véritable abus de termes, dire, comme le font beaucoup de médecins, que le cœur est paralysé dans la syncope, et le poumon dans l'asphyxie. Il en est de même des prétendues paralysies des reins, du foie, de la rate, du pancréas. Avancer que ces organes sont paralysés, c'est déclarer tout simplement que leurs fonctions sont dérangées, et non faire connaître la cause spéciale du dérangement, comme se l'imaginent ceux qui affectent d'employer une expression prétendue appropriée. Cela ne doit pourtant pas empêcher de reconnaître que certains organes, en partie soumis à l'empire de la volonté, tels que la vessie, le rectum et l'œsophage, sont quelquefois véritablement affectés de paralysie, quoique la plupart du temps, tout différemment que les organes de la vie de relation.

Lorsque la paralysie se fixe sur des parties douées tout à la fois du sentiment et du mouvement, elle frappe pour l'ordinaire simultanément ces deux propriétés. D'autres fois le mouvement seul est affecté, comme les membres en offrent de fréquens exemples, ou bien c'est seulement la faculté de sentir, ce qu'on observe principalement pour les organes des sens, qui cessent fréquemment de pouvoir remplir leurs fonctions, sans que l'appareil locomoteur propre à quelques-uns

d'entre eux ait perdu de sa motilité. Il est bien plus rare de voir les membres privés du sentiment conserver encore la faculté de se mouvoir; cependant on en cite quelques exemples : celui de La Condamine, entre autres, qui, pendant longues années, a continué de se servir très bien de ses mains, qui avaient entièrement perdu le sentiment (Landré-Beauvais, *Séméiotique*). Les mémoires de l'Académie des sciences parlent d'un cas semblable, que M. Roche a eu occasion de rencontrer deux fois, et qui s'est également présenté à l'observation de M. Le Sauvage (*Bull. des sc. méd.*, novembre 1829, p. 198). Enfin, il peut aussi arriver qu'une partie privée du mouvement éprouve néanmoins une grande exaltation de sensibilité.

Dès la plus haute antiquité, on avait expliqué ces faits en admettant que certains nerfs président au mouvement et d'autres au sentiment. Une des découvertes anatomiques les plus importantes de notre siècle est la confirmation d'une hypothèse que les travaux de Bell, de Schaw, et surtout de M. Magendie, ont placée parmi les vérités le plus rigoureusement constatées. Et comme ces nerfs ne sauraient tous aboutir aux mêmes points des centres nerveux, on conçoit sans peine qu'ils puissent être affectés ensemble ou isolément, de la même manière, ou d'une manière différente et même opposée. C'est ainsi que les nombreux phénomènes de la paralysie, restés jusque-là véritablement inexplicables, n'offrent presque plus rien dont il ne soit maintenant facile de se rendre raison.

Cette affection atteint quelquefois simultanément tous ou presque tous les organes de la vie extérieure : on lui donne alors le nom de *paralysie générale;* ou bien elle ne frappe qu'une moitié du corps, et elle reçoit dans ce cas le nom d'*hémiplégie*. Quand elle affecte la moitié inférieure du tronc, on la nomme *paraplégie ;* et *paralysie croisée,* lorsqu'elle se fixe sur un membre supérieur et inférieur de côtés opposés. Si elle est bornée à un seul organe, elle prend le nom de *paralysie partielle* ou *locale.*

Le nombre des parties affectées, l'intensité avec laquelle elles peuvent l'être, l'espèce de fonctions qu'elles remplissent, etc., donnent lieu à des accidens en rapport avec ces diverses circonstances, sans que la nature intime du mal cesse pour cela d'être la même. Mais la manière dont un organe se trouve frappé, et l'organe lui-même en tant que paralysé, peuvent faire connaître, avec plus ou moins de précision, et

la cause du mal et le siége qu'elle affecte. Je tâcherai de ne jamais perdre de vue ces considérations importantes dans ce que je vais dire sur la paralysie, que, suivant l'usage, je diviserai en symptomatique et en idiopathique. Toutefois, je crois convenable, avant de passer outre, de présenter la récapitulation des diverses paralysies qui ont été observées, abstraction faite de toute division systématique. Ce sont, pour le mouvement, 1° la paralysie générale; 2° l'hémiplégie; 3° la paraplégie; 4° la paralysie croisée; 5° la paralysie locale, à laquelle se rapporte la paralysie de la langue, du larynx, de la paupière supérieure, du deltoïde, du grand dentelé (*Arch. gén.*, mars 1840), du pharynx, de l'œsophage, du sphincter, de l'anus, du rectum, de la vessie : pour le sentiment, 1° la paralysie de la rétine (cécité, amaurose); 2° la paralysie de l'ouïe (cophose), qui, suivant Itard, peut quelquefois, lorsqu'elle a été produite par une attaque d'apoplexie, être guérie par une seconde attaque (*Traité des maladies de l'oreille*, t. II, p. 316); 3° la paralysie de l'odorat (anosmie); 4° la paralysie du goût; 5° la paralysie du tact, dans une étendue plus ou moins considérable de la peau ou de la conjonctive, de la pituitaire (Andral, *Clin. méd.*, 2e édit., t. v, p. 359).

I. *Paralysie symptomatique.* — La paralysie symptomatique est de deux espèces. Tantôt elle dépend d'une lésion physique de l'appareil nerveux, appréciable par les sens; tantôt d'une affection générale, qui ne laisse pas de traces susceptibles d'être aperçues. Je vais examiner successivement ces deux espèces de paralysie.

1° *Paralysie produite par une lésion physique.* — Elle s'observe, 1° dans les maladies aiguës de l'appareil nerveux, telles que les congestions sanguines, les ruptures intérieures, l'inflammation de la pulpe nerveuse ou de ses enveloppes, les lésions de ces parties occasionnées par des violences extérieures : 2° dans les maladies chroniques, non moins nombreuses, dont ces mêmes parties peuvent être le siége.

Les faits les plus importans, concernant la paralysie occasionnée par des lésions physiques ou organiques, se trouvant exposés aux mots APOPLEXIE, COUP DE SANG, ENCÉPHALITE, HYDROCÉPHALE, MÉNINGITE, MOELLE (pathologie), je dois y renvoyer le lecteur, et me borner ici aux seules réflexions en rapport avec mon sujet, qui n'ont point encore trouvé place dans ce dictionnaire.

Dans les affections aiguës, la paralysie est en général constante dans son apparition, et régulière dans sa marche. Étudiée dans ces derniers temps avec une attention toute particulière, elle a répandu, sur le diagnostic de certaines maladies de l'appareil nerveux, des lumières qui n'étaient même pas soupçonnées il y a peine une trentaine d'années. Ainsi, il est bien reconnu maintenant que quand la paralysie est l'effet d'une inflammation des méninges, elle s'annonce par des convulsions, survient graduellement et souvent encore n'est pas complète; qu'elle s'accompagne ordinairement de contracture, et quelquefois de douleurs assez vives, lorsqu'elle dépend d'un ramollissement inflammatoire de la pulpe nerveuse; que presque toujours générale dans le coup de sang, elle survient alors tout à coup, et dans l'immense majorité des cas où la maladie est simple, se dissipe complétement au bout d'un temps plus ou moins court; qu'enfin, aussi brusque dans son apparition, quand elle dépend d'une apoplexie, elle se distingue par la flaccidité dont les membres sont frappés, par la lenteur avec laquelle elle se dissipe, ou ce qui est presque aussi fréquent, par sa durée indéterminée. C'est alors que souvent les membres paralysés s'atrophient et prennent un aspect luisant tout particulier. Susceptible d'une guérison plus ou moins retardée dans les deux dernières maladies, elle suit, dans les deux premières, les progrès ordinairement toujours croissans du mal.

Telles sont les lumières que la paralysie, étudiée sous le rapport de sa marche, peut répandre sur la nature de la maladie qui la produit. Outre cela, elle permet souvent encore d'en reconnaître le siége particulier, au moyen de quelques circonstances assez bien connues. Si, par exemple, le mal occupe un côté du cerveau, la paralysie se montre toujours sur une portion plus ou moins étendue du côté du corps opposé au siége de l'affection encéphalique, à moins que celle-ci ne soit très considérable, auquel cas on observe la résolution de tous les membres, qui a aussi lieu toutes les fois que la protubérance annulaire ou un autre point central est gravement atteint. Quand la moelle est profondément lésée, il y a paralysie totale des parties situées au-dessous de la lésion, tandis que les parties situées au-dessus restent intactes. On prétend, il est vrai, avoir observé des affections aiguës très graves de la moelle,

voire même sa section complète (*Journ.* de Desault), sans production de paralysie. Mais de pareils faits sont tellement opposés à l'observation journalière et aux expériences tentées sur les animaux vivans, qu'il est bien plus raisonnable de croire qu'ils ont été mal vus, que d'admettre dans les lois de l'organisme une aberration à l'appui de laquelle ils pourraient seuls être invoqués. Je me crois, par conséquent, autorisé à soutenir que la section de la moelle, ou toute autre lésion analogue, entraîne aussi irrévocablement la paralysie, que la section d'un tronc nerveux condamne à une immobilité irrémédiable les muscles auxquels il se distribue. Car, bien qu'après sa cicatrisation un pareil nerf soit susceptible de concourir de nouveau à la production de quelques-uns des phénomènes de l'innervation, il ne devient jamais apte à commander ceux qui distinguent la vie de relation. J'ajouterai, comme conséquence de cette doctrine, que des observations bien faites ont appris que la paralysie se bornait à une proportion plus ou moins étendue d'un des côtés du corps, quand un côté de la moelle était affecté, et qu'elle avait lieu sur les nerfs du mouvement ou sur ceux du sentiment, suivant que le mal occupait la partie antérieure ou postérieure de l'axe médullaire.

Non-seulement la paralysie indique le lieu où réside l'altération de la substance nerveuse; mais elle peut aussi, quand elle dépend de l'inflammation des méninges, faire connaître, quoique avec moins de précision que dans le premier cas, le siége particulier de l'inflammation, ainsi que MM. Parent et Martinet l'ont constaté. Toutefois, c'est moins la paralysie elle-même qui conduit à un pareil résultat, que l'étude des convulsions qui alors l'accompagnent ou la remplacent. C'est donc principalement dans les altérations de la substance cérébrale, que les indications fournies par la paralysie sont d'une exactitude vraiment précieuse. Outre qu'alors elles apprennent, comme il a déjà été dit, à connaître avec certitude le côté affecté du cerveau, elles pourraient encore, suivant quelques médecins dont nous avons dû combattre l'opinion (art. APOPLEXIE, *Dict. de méd.*, t. III, p. 492 et suiv.), faire découvrir dans quelle partie du côté affecté se trouve le siége du mal. Ainsi MM. Foville et Pinel-Grandchamp assurent avoir vérifié que la paralysie du membre supérieur annonce une lésion de la couche optique; la paralysie du membre inférieur, une

lésion du corps strié; et par conséquent l'hémiplégie, une affection simultanée de ces deux organes. Quant à la paralysie de la langue, M. Rostan (*Cours de méd. clinique*) dit avec raison qu'elle ne tient probablement pas, comme l'annoncent ces messieurs, à une altération dans la corne d'Ammon. On ne doit pas non plus l'attribuer, avec M. Bouillaud, à la lésion du lobe antérieur du cerveau. C'est au moins la conclusion à laquelle conduisent les faits entièrement conformes à ce que j'avais observé (*Recherches sur l'apoplexie*), récemment publiés par M. Cruveilhier (*Nouvelle bib. méd.*), par M. Pinel fils (*Journ. de physiol.*), et par plusieurs autres médecins (*Lancette franç.*, novembre 1839). On ne connaît pas davantage le lieu du cerveau qui, par son dérangement, produit la cécité, la surdité, la perte de l'odorat ou du goût.

Si, malgré le nombre assez grand des faits rigoureusement constatés, l'étude de la paralysie laisse encore plus d'un point obscur, dans les affections aiguës de l'appareil nerveux cérébro-spinal, elle en présente bien davantage, par rapport aux affections chroniques. Outre que dans ces cas elle peut se montrer avec un mal fort petit en apparence, et ne pas être produite par un autre qui semble plus grand, on n'a pas encore appris à connaître exactement quelles sont les modifications appréciables dans sa marche, son caractère ou son intensité, susceptibles d'indiquer avec précision où siége le mal dont elle dépend. C'est ainsi que le diagnostic d'un tubercule, d'un cancer, d'un ramollissement et d'un endurcissement non inflammatoires, d'un fongus, d'un acéphalocyste, ou de toute autre affection chronique du système nerveux cérébro-spinal ou de ses enveloppes, repose sur des indications tellement incertaines, en ce qui concerne la paralysie, que dans le plus grand nombre des cas, il reste vraiment conjectural. Entre autres faits à l'appui de cette opinion, il me suffira de rappeler le cas publié par MM. Rullier et Magendie (*Journal de physiologie*, avril 1823), de destruction presque complète de la moelle cervicale, dans l'étendue de plusieurs pouces, qui à la vérité détermina l'immobilité des membres supérieurs, mais sans leur ôter le sentiment, et sans affecter en rien les membres inférieurs, et d'engager les lecteurs à relire quelques autres observations plus ou moins analogues, déjà également citées à l'art. MOELLE (pathlogie). Il y a plus, c'est que la lésion

cérébrale ne se trouve pas toujours du côté opposé à la paralysie, dans ces cas où les désordres appréciables à l'œil ne sont peut-être pas les seuls qui existent en réalité. Plusieurs faits rapportés par Lancisi, Morgagni, Portal, et rassemblés par M. Bayle (*Revue méd.*), ne laissent aucun doute sur la première assertion. D'un autre côté, deux affections évidemment différentes par les modifications extérieures qu'elles impriment au tissu nerveux, savoir le ramollissement et l'endurcissement non inflammatoires, marchent d'une manière si analogue par rapport à la paralysie et aux autres symptômes concomitans, comme l'affaiblissement de l'intelligence, les tremblemens des membres, l'obtusion graduelle du toucher, etc., que M. Delaye n'a pas pu parvenir à les distinguer l'une de l'autre avant l'autopsie. Enfin, pour comble de causes de confusion et d'erreurs, en outre des douleurs, des crampes, des fourmillemens, dont les membres malades sont plus ou moins fréquemment atteints, sans qu'on sache encore rapporter aucun de ces accidens à un état pathologique déterminé, la paralysie, suite d'affection chronique, a pour caractère commun de marcher d'une manière constamment progressive, sans jamais rester stationnaire. Toutefois il serait, je pense, déraisonnable de prétendre que la science n'est pas susceptible, par ses progrès ultérieurs, de lever les difficultés de diagnostic qui nous arrêtent maintenant.

2° *Paralysie sans lésion organique connue.* — Nous rangeons dans cette espèce la paralysie déterminée par l'onanisme ou les excès vénériens, sur le siége et la nature de laquelle on ne possède, à vrai dire, aucune donnée satisfaisante, l'affaiblissement musculaire, accompagné de tremblemens convulsifs habituels, qu'on observe assez fréquemment chez certains ivrognes de profession, et qui se termine quelquefois par une véritable paralysie. Des médecins prétendent que ces derniers symptômes tiennent à un ramollissement du cerveau; mais il est facile de reconnaître le peu de fondement d'une telle opinion, si l'on fait attention à la durée habituellement très longue du tremblement des ivrognes, sans autre trouble dans la santé, et à sa suspension momentanée par le renouvellement de l'ivresse, deux circonstances qui ne se rencontreraient assurément pas avec un ramollissement du cerveau. D'après cela, il me semble impossible de se refuser à

considérer le cas dont il s'agit comme une affection générale du système nerveux cérébro-spinal, et peut-être aussi des nerfs, jusque dans leurs dernières divisions, différant essentiellement de toutes les lésions physiques plus ou moins graves qui nous ont occupés jusqu'à présent. Nous en dirons autant des tremblemens convulsifs des doreurs, de la paralysie qui affecte quelquefois les sujets atteints de la colique métallique, et de celle que développent certaines espèces de narcotisme et de fièvre intermittente, ou un froid excessif (Duncan, *Archiv. gén. de méd.*, juin 1836, p. 328). Dans aucun de ces cas, tous plus ou moins susceptibles d'une guérison prompte et radicale, on ne saurait admettre l'existence d'une altération physique profonde des centres nerveux, surtout pour l'affection paralytique des fièvres pernicieuses qu'on voit paraître et disparaître avec l'accès fébrile, ainsi que Torti, Sauvages et d'autres auteurs ont eu occasion de l'observer.

Il me serait facile de grossir le nombre des faits analogues, si je voulais y joindre les cas, assurément plus rares qu'on n'est porté généralement à le croire, de paralysie sympathique, produite par la surcharge de l'estomac, la présence de vers intestinaux, l'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale, puis les paralysies anomales et passagères si fréquentes chez les personnes nerveuses, chez les hystériques, les épileptiques et les somnambules magnétiques: on y reconnaîtrait toujours l'absence de toute lésion organique tant soit peu profonde des centres nerveux. Peut-être trouverait-on là un motif de regarder ces affections comme idiopathiques, c'est-à-dire comme n'ayant d'autre siége que la partie affectée. Mais l'existence incontestable, dans tous ces cas, d'une disposition nerveuse générale véritablement morbide, semble prouver que les accidens paralytiques sont les résultats de l'action de cette même cause morbifère, en tant qu'elle porte spécialement son action sur tel ou tel point des centres nerveux.

II. *Paralysie idiopathique.* — Ceux qui les premiers ont observé la paralysie ont dû nécessairement croire que sa cause siégeait là où les effets se manifestaient le plus évidemment. Ils ne pouvaient guère reconnaître que des paralysies idiopathiques; et cependant l'observation démontre que la vérité se

trouve dans une manière de voir presque entièrement opposée. En effet, comparativement aux fréquens exemples de paralysie symptomatique, ceux qu'on peut produire comme appartenant à la paralysie idiopathique se réduisent à un très petit nombre de faits, qui encore ne sont pas réellement de même espèce, bien qu'ayant un caractère commun, savoir l'existence du mal dans la partie qui en présente le symptôme. Je citerai comme tels l'immobilité dont sont frappées certaines parties, qu'une lésion de leurs vaisseaux empêche d'être convenablement vivifiées par l'abord du sang artériel (Rostan, *Recherches, etc.*, p. 608. — Legroux, *Dict. des étud. méd., etc.*, art. Apoplexie), ou qui affecte d'une manière plus ou moins prolongée les muscles des membres dans certaines affections rhumatismales ou arthritiques; la paralysie de la vessie, indépendante de toute lésion de la moelle ou du cerveau, et essentiellement différente de celle dont le même organe, ainsi que le rectum, paraît souvent être atteint, par suite d'une forte attaque d'apoplexie. Dans cette dernière circonstance, leur inertie apparente tient presque exclusivement à ce que, n'étant plus aidés par l'action congénère des muscles abdominaux, alors plus ou moins affaiblis, ils ne peuvent seuls remplir une fonction qui nécessite le concours de l'action de deux forces réunies. Dans la paralysie idiopathique, un résultat semblable s'observe avec des conditions opposées, c'est-à-dire que, les muscles abdominaux se contractant seuls, les fèces s'accumulent dans le rectum, l'urine dans la vessie, et ce fluide n'en sort que par regorgement. Quelque chose de fort analogue a lieu pour ces cas où l'estomac, ayant perdu son mouvement péristaltique, se laisse énormement distendre par les alimens et les boissons sans qu'aucun obstacle appréciable à leur cours ultérieur puisse en rendre raison (Andral, *Journ. de physiol. exp.*, 1822, p. 239).

Il me paraît impossible, à l'époque actuelle de la science, de déterminer précisément en quoi consiste l'affection de l'organe idiopathiquement paralysé. Un seul point paraît incontestable, c'est qu'elle n'est pas toujours de même nature : de là la possibilité de la combattre efficacement par des moyens thérapeutiques différens. Ainsi les toniques, les nervins; l'emploi des frictions, des épispastiques, des irritans de diverses espèces; l'acupuncture, et surtout l'électro-puncture,

les bains, les douches, etc., sont autant de secours propres à rendre le mouvement aux membres que le rhumatisme ou la goutte ont frappés d'immobilité. Une sonde maintenue à demeure dans la vessie peut, en irritant cet organe, provoquer sa contraction, que, d'un autre côté, on sollicitera par des frictions avec de la teinture de cantharides pratiquées sur les lombes, et même par l'usage intérieur des cantharides ou d'autres excitans analogues.

Ces exemples sont plus que suffisans pour mettre sur la voie du traitement qui convient à la paralysie idiopathique. Quant à la paralysie symptomatique, la première chose à faire pour la combattre avec succès, est de diriger les moyens thérapeutiques contre l'affection dont elle dépend. Ainsi on traitera, par le quinquina, la paralysie des fièvres d'accès; par les saignées, les antiphlogistiques, etc., la paralysie suite d'apoplexie. Dans la paralysie provenant de l'onanisme ou des excès vénériens, on recommandera les toniques, une nourriture analeptique, un exercice bien ordonné, et avant tout, la renonciation à des habitudes funestes. C'est d'après ces principes qu'il faudra combattre le tremblement mêlé de paralysie dont les doreurs et autres ouvriers exposés aux émanations mercurielles sont fréquemment atteints, de même que la paralysie symptomatique de la colique métallique, sauf l'application de quelques remèdes particuliers que nous allons faire connaître.

Lorsque le tremblement paralytique des doreurs n'a pas cédé à l'emploi convenablement continué des sudorifiques à haute dose, des antispasmodiques, des toniques, et suivant l'indication, à l'administration de quelques purgatifs, il convient alors d'avoir recours aux frictions aromatiques et irritantes, aux bains chauds et à l'électricité, laquelle, au rapport de Sigaud-Lafond, de Dehaën et de Gardane, est d'une efficacité remarquable. Elle convient aussi dans la paralysie, suite de colique métallique, qui, comme on sait, affecte presque exclusivement les muscles extenseurs des membres supérieurs; mais, avant de recourir à son usage, il est d'autres moyens à employer.

Suivant MM. Mérat, Chomel, et tous les médecins de la Charité, la paralysie métallique ne se manifeste guère que quand la colique n'a pas été méthodiquement traitée. Si donc

on est appelé pour un cas de ce genre, la première chose à faire sera de soumettre le malade au traitement purgatif, dit de la Charité (*voy.* COLIQUE MÉTALLIQUE). Souvent il suffit seul pour dissiper la paralysie, qui, comme l'a très bien vu Stoll, devient fort difficile à guérir quand elle résiste à une première bonne médication. C'est alors qu'il convient d'avoir recours à l'électricité dont Vantroostwyk, Bonnefoi, Louis, etc., assurent avoir obtenu de fort bons effets, ce qui ne l'empêche pas d'être quelquefois réellement nuisible, à l'usage des sudorifiques, tels que les quatre bois, la bardane, la fleur de sureau, l'alcali volatil, l'esprit de Mindererus, à l'emploi des frictions irritantes avec la teinture de cantharides, l'ammoniaque liquide, etc. D'après M. Bousquet, les eaux thermales sulfureuses, administrées en bains et prises en même temps à l'intérieur, sont aussi très utiles. Enfin, quand la paralysie métallique résiste à tous ces remèdes, on peut encore employer contre elle la strychnine ou la brucine, au moyen desquelles M. Andral fils a guéri, d'une manière prompte, les deux tiers de ses malades (*Journ. de physiol.*). Il administre ces médicamens en pilules, d'un douzième ou d'un sixième de grain, prises en nombres égaux deux fois par jour, la strychnine à la dose d'un sixième à quatre sixièmes de grain, et même d'un grain pour toute la journée, et la brucine, à la dose de demi-grain à deux grains. Ajoutons que d'assez nombreuses expériences, faites depuis lors, sont venues confirmer, surtout à l'égard de la strychnine, l'efficacité dont elle s'était montrée douée (Martin Solon, *Arch. gén. de méd.*, avril 1833, p. 315. — *Lancette française*, 20, 22, 25 février et 8 mars 1834. — Tanquerel des Planches, *Diss. inaug.* — Duncan, *Arch. gén.*, juin 1836, p. 228). ROCHOUX.

La paralysie est un phénomène pathologique trop saillant pour n'avoir pas attiré l'attention des premiers auteurs qui transmirent par écrit leurs observations médicales. Aussi en est-il assez fréquemment question dans les ouvrages des Grecs et des Latins. De nombreux passages des livres hippocratiques ont trait aux différentes espèces de paralysie, qui sont désignées sous le nom d'Ἀποπληξίη, aussi bien que sous ceux de Διάλυσις, Πάρεσις, etc. (*Voy.* particulièrement *Aphor.*, liv. VII, aph. 40. — *Prorrhet.*, n° 2. — *Coac. præn.* pass — *Epidem.* IV, n° 42 et 48). Celse (liv. III, ch. 27), Cassius (*Quæst. med.*, 41), Arétée (*De caus. et sign. morb. diuturn.*, liv. I, ch. 7), Galien (*De loc. affect.*,

liv. I, liv. III, ch. 10, liv. IV, ch. 5, et *Comm. ad libr. Hipp.*), Cœlius Aurelianus (*Morb. chron.*, liv. II, ch. I), Aetius (liv. VI, ch. 28), Avicenne (*Canon.*, liv. III, fen. 2, tract. 2, ch. 2), et la plupart des auteurs d'ouvrages généraux qui les ont suivis jusqu'à Fr. Hoffmann, Boerhaave et Van Swieten, Sauvages, Cullen, etc., ont fait mention des paralysies, soit comme maladies symptomatiques, soit comme maladies idiopathiques. Mais, quoique dès les plus anciens temps, on eût reconnu quelques-unes des causes qui les produisent, telles, par exemple, qu'une lésion du cerveau du côté opposé à celui des membres qu'elles affectent, quoique l'on eût déjà distingué la paralysie du mouvement de celle du sentiment (Gal., *De loc. affect.*, lib. I), et que surtout les travaux de Morgagni eussent, dès le milieu du XVIIIe siècle, posé sur le sujet les bases d'une doctrine satisfaisante, ce n'est réellement que depuis un petit nombre d'années que cet état morbide a été éclairé par suite des lumières qu'ont répandues sur les fonctions et la pathologie générale du système nerveux les observations et les expériences récentes. Les ouvrages et les opuscules dont nous allons donner les titres présentent donc, pour la plupart, un intérêt plutôt historique que scientifique.

SENNERT (Dan.). *Diss. de paralysi.* Wittemberg, 1630, in-4°.

DIEMERBROECK (Isbr.). *Diss. de paralysi et tremore.* Utrecht, 1652, in-4°.

BARTHOLIN (Th.). *Paralytici Novi testamenti medico et philosophico commentario illustrati.* Copenhague, 1653, in 4°; Bâle, 1662, in-8°.

DANCKWERTS (Ant. Fréd.). Præs. L. HEISTER. *Diss. in med. sistens rationem paralysis anatomicam.* Helmstadt, 1735, in-4°.

LOHMANN (Ch. W.). *Diss. de affectibus paralyticis, eorumque, ab aliis impotentiarum generibus differentiâ.* Rostock, 1736, in-4°, pp. 79.

HEUSCH (Fr. Ægid.). *Diss. de paralysi.* Leyde, 1736, in-4°.

Ces trois dissertations ont de l'intérêt sous le rapport historique, parce qu'elles donnent assez exactement l'état de la science sur ce sujet, à cette époque.

HOFFMANN (Daniel). *Diss. de paralysi, cum questione cur pes paralyticus citius restituatur quam brachium.* Tubingue, 1746, in-4°.

DESHAIS (J. A.), ou plutôt B. SAUVAGES. *De hemiplegia per electricitatem curanda.* Montpellier, 1749, in-4°. Réimpr. dans Haller, *Disp. path.*, t. I, n° 2.

FABRICIUS (Phil. Conr.). Resp. J. G. A. KIPPING. *De paralysi brachii unius et pedis alterius lateris, dysentericis familiari.* Helmstadt, 1750, in-4°. Réimp. dans Haller, *Disp. path.*, t. I, p. 97.

QUELMALZ (Sam. Theod.). *Prog. de musculorum capitis extensorum paralysi.* Leipzig, 1754, in-4°. Et dans Haller, *Disp. path.*, t. I, p. 115.

RICHTER (Georg. Gottl.). *Prolusio quâ paralysis alio sensu priscis, alio recentioribus sumta ad paralyticos Novi Test. accommodatur.* Gottingue, 1739, in-4°. Et dans *Opusc. med.*, t. III, p. 399.

CRAMER (C.). *Diss. de paralysi et setaceorum adversus eam eximio usu.* Gottingue, 1760, in-4°. Dans Sandifort, *Thes. diss.*, t. I, n° 7.

MORGAGNI (J. B.). *De paralysi.* Epist. XI. Dans *De sed. et caus. morb.*

PEREBOOM (Corn.). *Diss. de paralysi, imprimis nerveu.* Hornæ, 1773, in-4°. Réimpr. dans Schlegel. *Thes. path. ther.*, t. I, p. 243.

HAHN (Christ. Detlef). *Diss. de paralysi sine nervorum et arteriarum læsione.* Halle, 1766.

MACKENZIE. *Diss. de paralysi idiopathica.* Edimbourg, 1778, in-8°.

WARDROP (Dav.). *De paralysi.* Dans Webster, *Med. prax. syst. ex ac.* Edinb. dispect. 1781, t. II, p. 185.

CHANDLER (B). *An inquiry into the various theories and methods of cure in apoplexies and palsies.* Londres, 1783, in-8°.

KIRKLAND (Th.). *A commentary on apoplectic and paralytical affections.* Londres, 1792, in-8°.

BETHKE (Charl. Chr.). *Ueber Schlagflüsse und Lähmungen, oder Geschichte der Apoplexie, Paraplegie und hemiplegie, aus ältern und neuein Wahrnehmungen.* Leipzig, 1797, in-8°.

GALLEREUX (Hippol. Cyr.). *Considérations sur les paralysies relatives aux facultés motrices.* Thèse, Paris, an XII (1805), in-4°.

BAJON. *Essai sur la paralysie.* Thèse Montpellier, an X, in-4°.

LALLIER (A. J.). *Essai sur la paralysie.* Thèse. Paris, 1806, in-4°.

ARCK (J.). *Tentamen inaug. de paralysi præcipue artuum inferiorum.* Strasbourg, 1809, in-4°.

COOKE (John). *A treatise on nervous diseas...*, t. II, p. 1. *History and method of cure of the various species of pasly.* Londres, 1820-1, in-8°.

LACRAMPE-LOUSTAU. *Propositions sur quelques fonctions du système nerveux, et en particulier, etc.* Thèse. Paris, 1824, in-4°. *Recherches pathol. et expérimentales sur les différentes fonctions du système nerveux, et en particulier sur le siége des causes de la paralysie des membres.* Dans *Revue médicale*, mars 1824. — *Suite des recherches, etc.* Ibid., juin 1824.

CAZES (FÉLIX). *Essai sur la paralysie, considérée sous le rapport de la séméiologie. La paralysie est-elle une affection nerveuse essentielle, ou le signe d'une altérution organique?* Thèse. Paris, 1824, in-4°.

BOCHARDT (Louis). *Ueber die Aetiologie und Therapeutik der Lähmungen.* Stuttgard, 1826, in-8°.

POTAIN (Andr. Jacq.). *De la paralysie considérée comme symptôme des lésions de l'encéphale, seulement sous le rapport de la médecine proprement dite.* Thèse. Paris, 1829, in-4°.

O'BRIEN (Th.). *De l'anesthésie, ou de la perte de la sensibilité.* Paris, 1833, in-4°.

MITCHEL (R. D.). *Considérations sur la paralysie en général.* Thèse. Paris, 1835, in-4°.

TANQUEREL DES PLANCHES. *Sur la colique et la paralysie saturnines.* Dans *Gaz. méd. de Paris*, 1836, p. 634. Et *Traité des mal. saturnines.*

GODY (L. Maur.). *Quelques considérations générales sur la paralysie.* Thèse. Paris, 1837, in-4°.

Voyez, en outre, les divers articles consacrés à l'*Apoplexie*, aux maladies de l'*Encéphale*, de la *Moelle épinière*, au *Ramollissement du cerveau*. R. D.

PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS (ou mieux, *péri-encéphalo-méningite chronique diffuse*). — Il est presque inutile de répéter, après que cela a été redit cent fois, que le propre des altérations du cerveau est de porter atteinte aux principales fonctions de l'innervation, et que dans l'état morbide l'exercice intellectuel, les sens, les passions affectives, l'exercice musculaire, peuvent être lésés, soit simultanément, soit isolément. Sur le plus grand nombre des aliénés les désordres qui affectent la substance nerveuse encéphalique portent le trouble dans les idées, les affections, les fonctions sensoriales, sans nuire à l'exécution des mouvemens volontaires; mais, dans beaucoup de cas aussi, la paralysie musculaire se trouve associée, sur l'un et l'autre sexe, à la perte ou au trouble de la raison. Pendant long-temps les lésions des mouvemens qui compliquent la folie ont été à peine remarquées par les observateurs. Haslam, Pinel et M. Esquirol ayant signalé la fréquence de la paralysie dans toutes les espèces de délire, les travaux de MM. Riobé, Rochoux, Récamier, Rostan, Lallemand, ayant démontré qu'en général la privation ou l'affaiblissement du mouvement se rattachent à des lésions aussi nombreuses que variées, les pathologistes ont voulu savoir à quoi s'en tenir sur la nature de la cause organique de l'aliénation mentale avec paralysie générale incomplète; et le résultat de leurs recherches tend à établir que sur un très grand nombre d'individus, le dérangement des facultés mentales, l'abolition des fonctions morales, intellectuelles, sensitives et locomotrices, sont provoqués par le développement d'une *méningo-encéphalite superficielle chronique et diffuse.* C'est donc l'histoire d'une phlegmasie, d'abord ignorée ou méconnue, que nous nous proposons d'exposer ici, plutôt que celle d'une complication simple de la folie.

D'après Broussais, l'inflammation cérébrale chronique s'observe principalement sur les sujets dont l'encéphale a été pendant long-temps le siége d'une irritation habituelle, et surtout le siége d'un travail inflammatoire aigu ou subaigu. Il est hors de doute que la persistance de l'aliénation mentale, de la

migraine, de la céphalalgie, de vertiges, d'éblouissemens, de bruits d'oreilles, l'habitude de la colère, doivent faire craindre la manifestation de la paralysie générale incomplète, et qu'elle est imminente sur les artistes, les hommes de lettres, les savans, qui, après avoir long-temps exalté leur imagination et exercé leurs facultés intellectuelles, perdent avant le temps le sentiment du beau, la mémoire et l'aptitude au travail. Il est positif que les épileptiques, les sujets qui portent dans le cerveau des cavités hémorrhagiques, des cicatrices, une tumeur; qui ont reçu anciennement des coups, des blessures à la tête, qui ont éprouvé dans l'enfance de nombreux accès de convulsions, qui ont été affectés d'entérite pustuleuse, de méningite aiguë, sont aussi fréquemment atteints, vers le milieu de leur carrière, d'encéphalite chronique diffuse: ces vérités sont attestées par l'étude journalière de la paralysie avec aliénation mentale. Mais l'inflammation lente de la substance cérébrale se déclare de préférence sur les débitans de vin, d'eau-de-vie, les épiciers, les marchands de tabac, sur les douaniers, les soldats, les officiers qui se livrent à des excès de table, buvant chaque jour du café, des liqueurs et du vin généreux, sur les cuisiniers qui sont sans cesse exposés à l'ardeur du feu et à l'influence du gaz carbonique, sur les cultivateurs exposés pendant l'été aux inconvéniens de l'insolation, sur les onanistes, les filles publiques, les personnes qui abusent du coït et des préparations mercurielles. L'influence réunie de ces causes hâte, sans aucun doute, le développement des phénomènes musculaires, qui est plus rapide encore lorsqu'une cause morale achève par son concours de porter le désordre dans les principales fonctions de l'innervation. La violence des passions, le chagrin occasionné par la jalousie, les contrariétés d'amour, les regrets de l'ambition déçue, de l'orgueil impuissant, la crainte d'un danger imminent, les pertes de fortune, la crainte de la misère après que l'on a possédé de l'aisance, sont parfois les seules causes auxquelles il soit permis d'attribuer la paralysie générale incomplète des aliénés; et, selon Broussais, il n'est pas une seule de ces causes dont l'action ne soit plus ou moins irritante pour le cerveau. Mais lorsque rien ne semble expliquer l'invasion de la paralysie générale, il arrive bien souvent qu'en faisant un retour sur la jeunesse du malade, sur son goût, ses habitudes, sa santé habituelle, l'on finit par découvrir qu'il a fait autrefois

des excès de veilles, d'études, qu'il a eu des affections vénériennes, qu'il a renoncé à une saignée devenue nécessaire, qu'il a supprimé quelque affection dartreuse, quelque émonctoire, une épistaxis, des hémorrhoïdes, une transpiration qui lui causaient du désagrément ou de l'ennui.

Plus d'un quart des paralytiques aliénés comptent dans leur parenté soit des mélancoliques, des maniaques, des individus en démence, soit des hémiplégiques, des épileptiques, des sujets atteints d'encéphalite chronique. La conformation primitive du cerveau exerce sur cette classe de malades une influence qu'il est impossible de nier ou de méconnaître. Tantôt c'est le père ou la mère du sujet, tantôt une tante ou un oncle, tantôt un cousin qui ont éprouvé des accidens cérébraux: toutes les familles ne consentent pas à avouer ces infirmités; et l'on peut avancer hardiment que l'hérédité existe sur un tiers des aliénés paralytiques.

Plusieurs médecins inclinent à croire aujourd'hui que l'épaississement du ventricule aortique du cœur, et l'oblitération de l'aorte abdominale, que l'on observe sur un certain nombre de sujets affectés d'encéphalite chronique diffuse, concourent à la production de l'aliénation mentale avec paralysie ; l'hypertrophie des fibres gauches du cœur est si fréquente, passé un certain âge de la vie, sur des individus qui jouissent de la plénitude de leur raison, et qui n'ont jamais ressenti aucune atteinte de paralysie, qu'il ne faut peut-être pas se hâter de placer l'hypertrophie ventriculaire au nombre des causes de l'encéphalite chronique. Mais si l'on en juge par ce qui arrive dans la folie simple, l'on peut admettre qu'au moment où la paralysie des aliénés se déclare, l'encéphale est souvent influencé par l'état de l'estomac, de l'utérus, ou de quelque autre viscère éloigné.

Les personnes sanguines, mais surtout les sujets bruns, à barbe et à cheveux noirs, à système musculaire fortement prononcé, sont fréquemment affectés d'aliénation mentale avec paralysie. Les femmes sont bien moins exposées que les individus de l'autre sexe à cette cruelle maladie. J'ai cru autrefois que l'encéphalite chronique ne s'observait sur la femme que dans le rapport de un à cinquante; mais aujourd'hui ce rapport est reconnu trop faible. Dans mes derniers relevés, l'on compte une femme paralytique sur quinze aliénées : en 1827,

nous comptions à Charenton un cas de lésion générale du mouvement sur onze cas d'aliénation mentale simple, parmi les femmes (Esquirol). Sur un chiffre de trois cent trente-quatre aliénés, M. Foville a reconnu neuf fois la paralysie sur le sexe féminin. M. Bayle a trouvé vingt-quatre femmes atteintes d'encéphalite, sur un chiffre total de cent quatre-vingt-deux paralytiques. Il est bien établi maintenant à Charenton, que les hommes paralysés figurent pour plus d'un quart sur la totalité des admissions. En 1827, nous comptions à Charenton, avec M. Esquirol, quatre-vingt-quinze hommes paralytiques sur trois cent soixante-six hommes aliénés. A Saint-Yon, l'on a noté vingt-deux fois la paralysie des hommes sur une population de trois cent trente-quatre individus des deux sexes. A Bicêtre, la paralysie générale est beaucoup plus répandue qu'à la Salpêtrière, où l'on ne soigne que des femmes. Ainsi, tous les auteurs s'accordent à proclamer l'excessive fréquence de l'encéphalite chronique sur l'homme.

Jusqu'à vingt-quatre ans la forme aiguë semble prédominer dans les inflammations cérébrale et méningée; la paralysie générale des aliénés est rare dans cette période de la vie humaine; sa plus grande fréquence a lieu de trente-cinq à cinquante ans, mais elle est encore assez commune de cinquante à soixante-cinq ans, relativement à la diminution du chiffre total de la population, au fur et à mesure que l'on avance vers la vieillesse. Les classes élevées de la société y sont plus exposées que les classes moyennes; la classe des artisans qui jouit dans les villes populeuses d'une certaine aisance, s'abandonne à des excès dont elle trouve l'exemple parmi les fortunes opulentes, et qui provoquent l'inflammation encéphalique. La paralysie est presque rare dans les contrées méridionales. M. Esquirol n'a rencontré qu'un petit nombre d'aliénés paralytiques dans les hôpitaux d'Italie; je n'ai rencontré moi-même que quelques hommes paralytiques dans les établissemens de Marseille, de Montpellier, d'Aviguon et d'Aix. Cependant l'existence de la paralysie générale a été plusieurs fois constatée à Toulouse par M. le docteur Delaye, et des observateurs dignes de foi l'ont aussi reconnue à Montpellier et dans le royaume de Naples, où Chiarurgi l'avait déjà rencontrée. Les médecins anglais tiennent à peine compte des lésions des mouvemens dans leurs écrits sur l'aliénation men-

tale; mais M. Esquirol est convaincu que lorsque l'on saura mieux distinguer partout les symptômes de l'encéphalite chronique, l'on trouvera en Augleterre, et particulièrement à Londres, autant de fous paralytiques qu'à Paris. L'on est même fondé à croire, à en juger par la nature du climat, par la nature des habitudes des classes ouvrières et des classes opulentes de la ville de Londres, que la paralysie avec aliénation mentale y exerce encore plus de ravages que parmi nous. La paralysie des aliénés paraîtra également plus répandue qu'elle ne semble l'être dans les contrées chaudes, au fur et à mesure que l'on soumettra les malades à une exploration plus attentive.

L'on a cru pendant long-temps que la paralysie générale incomplète n'était que la terminaison de la folie ancienne; la paralysie débute quelquefois avant, quelquefois après le délire. Très souvent un examen minutieux des malades démontre qu'il y a eu coïncidence entre la manifestation des symptômes moraux et intellectuels, et la manifestation du bégayement accidentel, qui annonce le développement de la méningo-encéphalite chronique. Cependant, comme il n'est pas rare qu'un léger vice de la prononciation échappe à une observation peu attentive, chaque jour, et à tort, les familles des aliénés assignent au délire une date plus ancienne qu'à la lésion des mouvemens, dont elles vont jusqu'à nier l'existence. L'affaiblissement de l'exercice musculaire, sans trouble des facultés mentales et intellectuelles, l'embarras de la langue sans lésion apparente des idées, n'attirent même pas l'attention de la plupart des médecins; et il résulte de là que les cas où la paralysie incomplète précède l'aliénation mentale semblent très peu nombreux. Ce début de l'encéphalite mérite d'être signalé comme très insidieux. La manifestation de la paralysie générale incomplète est fréquente dans les vésanies chroniques; Broussais avance cependant, à tort, que la folie qui dégénère en démence est toujours associée à une lésion de la locomotion; beaucoup d'insensés arrivent au terme d'une longue carrière sans avoir jamais présenté aucun signe de paralysie musculaire.

La céphalalgie, la migraine, le fourmillement des membres sont moins fréquens qu'on est d'abord porté à le penser, sur le commun des sujets qui sont menacés d'encéphalite diffuse

chronique. Ces phénomènes s'observent, à la vérité, sur les malades qui ont éprouvé, avant d'être privés de l'exercice musculaire et de la raison, soit des attaques d'épilepsie, soit des hémorrhagies cérébrales, sur ceux qui ont commencé par porter dans le cerveau quelque tumeur ou quelque cicatrice; mais des faits nombreux attestent que ce ne sont point là les prodrômes habituels de la paralysie générale avec aliénation mentale. Beaucoup de sujets éprouvent, au contraire, dix-huit mois, un an, six mois, quelques semaines avant l'explosion du délire, une ou plusieurs attaques de congestion sanguine de la masse encéphalique. Quelques-uns perdent momentanément connaissance pendant cet accident; d'autres ressentent un affaiblissement passager des membres, de l'engourdissement vers les lèvres, de l'embarras vers la langue, des vertiges, de l'incohérence dans les idées. Tantôt ces phénomènes se dissipent rapidement, et, en apparence, d'une manière assez franche; tantôt ils ont porté une atteinte évidente à la mémoire et à l'exercice intellectuel; mais que l'encéphalite diffuse soit ou non précédée d'une fluxion violente et subite du sang vers la pie-mère et vers les centres nerveux encéphaliques, presque toujours cette maladie présente une période d'incubation, que Broussais attribue à la fixation définitive de l'irritation sur l'organe de la pensée, et qui est surtout annoncée par le changement des habitudes, par un excès insolite de susceptibilité morale, par une joie folle, par la pétulance et la bizarrerie des actes, un besoin continuel d'émotions, quelquefois par une diminution sensible de la mémoire et l'affaiblissement de toutes les autres facultés intellectuelles. Ce n'est ordinairement qu'à la longue que l'on consent à attribuer à une maladie les symptômes que nous venons de relater; de sorte que les écarts de régime, les excès sans nombre auxquels les malades sont abandonnés ne tardent pas, pour nous servir du langage de l'illustre auteur de la doctrine physiologique, à élever l'irritation vasculaire jusqu'au degré de la subinflammation, puis de l'inflammation véritable.

Les symptômes propres à caractériser la méningo-céphalite diffuse chronique déclarée sont empruntés aux fonctions de la locomotion, à celles de la sensibilité physique et morale, à celles de l'intellect. Ces symptômes varient suivant que la

phlegmasie n'est encore que peu avancée, suivant qu'elle gagne peu à peu en étendue, en multipliant sur les circonvolutions cérébrales le nombre de ses foyers, suivant, enfin, qu'elle est parvenue à faire dans la substance nerveuse des ravages tellement intenses, que l'exercice des principales fonctions encéphaliques est, pour ainsi dire, aboli. Ces différences sont assez tranchées, et assez importantes aux yeux des pathologistes, pour nécessiter la distinction de trois phases ou périodes principales dans l'étude de la paralysie générale incomplète.

Pendant la première période, la prononciation des malades est légèrement embarrassée ; par instant l'on observe, au moment où ils ouvrent la bouche pour parler, un mouvement ondulatoire des lèvres, qui est bien plus sensible lorsqu'ils sont émus ou intimidés ; en même temps ils hésitent en prononçant les mots d'une manière incomplète. La langue tremble légèrement, sans manifester aucune déviation ; ces accidens sont quelquefois uniques, et ne se laissent même pas apercevoir dans tous les momens de la journée. On peut hésiter à diagnostiquer la paralysie, si le sujet a perdu des dents incisives, l'absence des dents occasionnant le sifflement des sons. En général, le début de l'encéphalite chronique est encore annoncé par un changement dans la contenance de l'individu, qui devient gauche, dans sa démarche, qui est maintenant lourde et irrégulière. L'affaiblissement des bras s'annonce par de la maladresse, par un défaut de précision dans les mouvemens, tel que l'aliéné pousse et renverse les objets qu'il désire saisir. La contractilité de la vessie est diminuée, l'on est obligé de temps à autre de recourir à l'usage du cathéter pour provoquer l'émission de l'urine. La vue n'est point affaiblie, l'ouïe s'exerce comme dans l'état normal, le sens du toucher est à peine émoussé. Les fausses sensations et les hallucinations pullulent comme dans la folie simple. Déjà un certain nombre d'individus ont une tendance manifeste à s'exagérer leur propre mérite, à se faire illusion sur leur position de fortune, à s'abandonner à la prodigalité et à la dépense ; plusieurs conservent encore assez d'empire sur eux-mêmes pour réprimer l'élan de la vanité, pour ne pas encore se vanter publiquement de leur opulence et de leurs titres ; plusieurs se hasardent à mettre quelque ami dans la confidence de leur état moral et de leur nouveau bonheur. D'autres sont déjà incapables

d'exercer leur profession, de veiller au soin de leur famille, d'exprimer leurs idées avec quelque suite, marchant d'un pas rapide et d'une manière calme vers la démence. Un certain nombre sont en proie à la tristesse, tourmentés par la crainte des supplices et du poison, enclins à toutes les interprétations sinistres et au suicide. Que l'on y regarde de plus près, et l'on ne niera plus que l'embarras de la langue puisse coïncider avec l'hypochondrie et la lypémanie.

Les sentimens affectifs sont exaltés ou affaiblis : tel aliéné ne parle qu'avec un attendrissement puéril de la bonté de sa femme et des rares qualités de ses enfans; tel autre se montre impassible à la joie comme à la douleur de ses proches. Quelques femmes s'adonnent au coït avec une sorte de fureur au début de la paralysie ; beaucoup de vieillards, les sujets dont les organes génitaux ne répondent plus à l'excitation du penchant amoureux, se livrent à l'onanisme au début de l'encéphalite chronique. Le pouls est plutôt accéléré que ralenti; l'appétit est augmenté, la digestion rapide, le besoin d'exercice incoercible.

Les phénomènes morbides de la seconde période sont appréciables pour l'observateur le moins exercé à l'étude de la paralysie. La voix est gutturale, la prononciation lente, saccadée, décidément obscure et embarrassée. Presque tous les muscles de la face grimacent lorsque le sujet fait des efforts pour articuler les mots, tremblemens des lèvres, bruit des arcades dentaires qui se rencontrent de temps à autre par un choc subit, lorsque le malade mange ou parle avec précipitation. La démarche est oblique, incertaine, mal affermie, la vigueur des bras évidemment diminuée, le défaut d'équilibre sensible pour tout le monde dans les moindres exercices du corps. Excrétion de l'urine involontaire ou impossible; constipation opiniâtre ou défécation presque continuelle, pour peu que les matières alvines manquent de consistance; prédominance de l'affaiblissement musculaire tantôt dans les membres du côté droit, tantôt dans ceux du côté gauche, suivant que d'abord la phlegmasie sévit davantage, soit sur l'hémisphère gauche, soit sur l'hémisphère droit. Inclinaison du corps pendant la progression ; écriture mauvaise ; jambages des lettres mal formés; lettres inégales, confondues, mal alignées. Diminution de la sensibilité tactile, de la finesse du

goût et de l'odorat; progrès de la démence qui rétrécit le cercle des idées. Le malade oublie maintenant des mots entiers, la moitié d'un mot, dans ses écrits; ses habits sont malpropres; il mange de manière à inspirer le dégoût, offrant le tableau d'une dégradation morale et intellectuelle qui s'effectue rapidement. Cependant c'est surtout dans cette période qu'il s'abandonne sans aucune réserve aux illusions d'une vanité ridicule, qu'il se croit roi, pape, empereur, grand dignitaire, possesseur de milliards, de trésors immenses. Celui-ci se nomme Napoléon, et a gagné toutes les batailles de l'empire; un autre soutient qu'il a composé les écrits attribués à Corneille, à Racine, à Voltaire, à Rousseau; qu'il a composé tous les chefs-d'œuvre qui décorent nos musées de sculpture et de peinture; celui-là n'a qu'à secouer la tête pour élever des palais somptueux, des villes en cristal, des maisons en diamant, et il se livre à des mouvemens bizarres; certains paralytiques s'imaginent avoir trente pieds, quarante, cinquante coudées de haut. Nous insistons à dessein sur ces symptômes, parce que l'on a imprimé dans quelques ouvrages que le délire d'orgueil constitue un symptôme nécessaire de l'encéphalite diffuse, et que la paralysie atteint nécessairement tous les aliénés qui sont en proie au délire ambitieux. Répétons-le encore ici, la paralysie incomplète avec lésion de l'intellect débute chaque jour avec la démence, avec un accès de lypémanie, sans que jamais, pendant tout le cours de la phlegmasie, le délire vienne s'exercer sur des idées de grandeur et de richesse. M. Esquirol cite plusieurs exemples de monomanie ambitieuse exempte de paralysie musculaire, et dont la solution a fini par être heureuse. M. le professeur Resch confesse que l'on expose les praticiens à des erreurs de diagnostic et de pronostic en exagérant la gravité des idées vaniteuses dans la folie. Mais à présent que nous avons rétabli la vérité, nous devons dire que l'exubérance des idées de luxe et d'opulence, dans la manie ou la monomanie, doit attirer d'une manière particulière l'attention du médecin sur les organes de la locomotion, et lui inspirer une certaine défiance sur l'avenir du malade. Il est encore une assertion que nous devons réfuter ici, parce qu'elle n'est pas exacte. L'on a prétendu que l'exaltation intellectuelle, la violence du délire, l'insomnie, l'impulsion aux actes de fureur, etc., se manifestaient d'une manière certaine

et constante pendant le laps de temps qui sépare la première de la troisième période de la paralysie générale. La nature ne s'astreint point à cette régularité d'accidens; plus ou moins fréquemment la phlegmasie lente qui règne à la superficie des hémisphères cérébraux s'élève jusqu'à la forme aiguë, et alors le mode d'expression des phénomènes morbides correspond à ce nouvel état de chose : cela arrive surtout à la suite d'un violent *raptus* de sang vers la pie-mère avec exhalation sanguinolente dans la grande cavité arachnoïdienne; mais tous les aliénés paralytiques n'éprouvent pas ces accès de surexcitation, qui, en tous cas, peuvent éclater aussi au commencement et à la fin de la maladie; plusieurs ne les éprouvent que pendant un temps très court, et à des intervalles variables. L'on ne doit donc pas indiquer la pétulance et l'exaltation maniaque comme des accidens propres à la seconde période, qui ne diffère de la première que par l'intensité croissante de la paralysie et de la démence. Lorsque les symptômes d'une vive récrudescence se déclarent subitement, le pouls s'élève pour l'ordinaire d'une manière marquée, la chaleur de la peau augmente, la face s'injecte, la soif devient intense, et tout l'équilibre fonctionnel est troublé. Ces phénomènes, qui réclament une activité momentanée dans le traitement, ne passent que trop souvent inaperçus dans les hospices, où les paralytiques sont confondus avec les insensés incurables; et bien souvent le médecin arrive trop tard au secours des sujets qui portent une inflammation dans le cerveau.

La troisième et dernière période de la péri-méningo-encéphalite chronique offre l'image d'un abrutissement moral complet, associé à une dégradation physique affligeante. Les malades ne peuvent plus se tenir debout, et ils s'exposent à faire des chutes violentes aussitôt qu'ils tentent de marcher; condamnés à végéter sur un lit ou sur un fauteuil, il leur arrive de faire entendre pendant des jours, des mois entiers de pénibles grincemens de dents. La physionomie est hébétée, la prononciation nulle ou très obscure, la mastication incomplète, la lèvre inférieure à demi-pendante. Écoulement de la salive, action de la langue lente et pénible, paralysie du pharynx, qui réagit difficilement pour expulser le bol alimentaire dans l'œsophage; accumulation des alimens dans l'arrière-bouche, et quelquefois mort par asphyxie. L'urine coule goutte à

goutte, ou la vessie est distendue par l'accumulation de ce liquide; la défécation a lieu sans la participation de la volonté. Les mouvemens des mains sont lents et mal assurés. L'on peut noter aussi la roideur des jarrets, la contraction de leurs tendons fléchisseurs, l'immobilité d'une jambe ou des deux jambes, la contracture d'un bras, la déformation de la main rétractée, etc. Toutefois, sur le plus grand nombre des sujets, jusqu'à l'agonie, les bras paraissent plus libres que les jambes: ayant constamment noté ce fait depuis près de vingt ans, je ne crains pas de le présenter comme positif. Cependant M. le professeur Lallemand, en revenant (lettre 5, p. 326) sur l'examen d'une question que j'avais moi-même soulevée dans mon ouvrage sur la paralysie des aliénés (p. 11 et suiv.) croit devoir affirmer que dans l'encéphalite chronique diffuse la lésion des mouvemens est tout aussi intense vers les membres thoraciques que vers les membres pelviens. Il se trouve aujourd'hui des médecins qui vont plus loin encore que le savant professeur de Montpellier, et qui soutiennent que l'influence de l'inflammation cérébrale chronique est plus apparente et plus prompte vers les membres supérieurs que vers les extrémités pelviennes. Tous les manigraphes signalent de bonne heure l'affaiblissement des jambes sur les aliénés paralytiques; plusieurs n'ont même pas soupçonné dans le cours de la maladie l'affaiblissement des bras. M. le docteur Bayle, qui a exploré un grand nombre d'aliénés paralytiques, ne fait point figurer la paralysie des membres supérieurs au nombre des phénomènes propres aux premières périodes de la phlegmasie. Du reste, pour mon compte, je n'ai aucun intérêt à établir que les choses arrivent d'une manière plutôt que d'une autre, et je ne fais ici que rendre hommage à la vérité.

Plusieurs mois avant la mort, les insensés paralytiques ne manifestent plus aucune vigueur morale ou intellectuelle; les instrumens des sens sont émoussés; sans être ni précisément sourds, ni aveugles, ni privés du toucher, les aliénés n'ont plus que des impressions incomplètes. Plusieurs sujets sont très accessibles à la crainte et à la suprise. Il suffit quelquefois d'un geste brusque pour occasionner un tressaillement subit de tout le corps. Ce symptôme appartient à la démence autant qu'à l'encéphalite. Long-temps avant l'agonie, le sacrum, les talons, les coudes, toutes les parties qui supportent le

poids du corps se couvrent d'eschàres gangréneuses, et la suppuration attaque le tissu cellulaire jusqu'aux os sans exciterune véritable douleur. Les jambes, les bourses, s'infiltrent de sérosité; enfin quelque affection du ventre ou du thorax, si la mort n'arrive pas en vertu de l'état seul du cerveau, met un terme à cette cruelle existence.

Il convient de signaler à présent un certain nombre de phénomènes éventuels graves qui viennent compliquer fréquemment la marche de la paralysie générale incomplète. Parmi ces épiphénomènes figurent les symptômes accasionnés par l'afflux brusque et momentané du sang vers le réseau vasculaire de la pie-mère, et vers la substance nerveuse, afflux qui peut emporter la vie du malade. La congestion se manifeste sur nos paralytiques par la perte subite de la parole, l'augmentation instantanée de l'affaiblissement des muscles creux, la paralysie des membres, le coma, la cessation de l'exercice intellectuel, l'épuisement de la sensibilité cutanée. Il n'est pas rare, au fort de l'accès, de voir la lésion des mouvemens prédominer à droite ou à gauche, suivant que la compression est plus intense vers l'hémisphère gauche ou vers le lobe droit du cerveau. La congestion peut se dissiper promptement, d'une manière plus ou moins franche; mais, si elle persiste longtemps, elle donne lieu à une exhalation sanguine, à une perspiration des liquides plastiques sur l'arachnoïde, et bientôt l'inflammation passant à l'état d'acuité, il est à craindre que des convulsions n'éclatent avec violence.

L'on n'oserait peut-être pas avancer que les phénomènes convulsifs qui s'observent sur les aliénés paralytiques sont toujours dûs à une recrudescence de la phlegmasie. Ainsi l'on est porté à conserver du doute à cet égard lorsque les attaques de convulsions ressemblent trait pour trait à l'épilepsie. Mais souvent l'on ne tarde pas à s'apercevoir que les convulsions n'ont que l'apparence de l'épilepsie, et l'on juge que l'on a affaire à un accès épileptiforme. Or, lorsque des abcès épileptiformes renversent des aliénés porteurs d'encéphalite chronique, il est à peu près certain qu'au moment de la chute le cerveau est le siége d'une nouvelle stimulation, d'un excitement insolite. Toutefois la disparition rapide de cette surexcitation rend ses accès peu inquiétans, et il suffit d'en signaler ici l'existence.

Les phénomènes musculaires que nous allons décrire maintenant sont plus durables, moins réguliers, plus particuliers aux paralytiques de la troisième période, que les phénomènes épileptiformes signalés dans le précédent paragraphe. Ainsi les sujets qui les éprouvent sont souvent retenus pendant cinq, six, huit jours sur leur lit, en présentant tous les signes d'une réaction fébrile très vive. Leur bouche, leurs joues, leurs paupières, les quatre membres, sont le siége de secousses convulsives brusques, qui se répètent indéfiniment, et qui communiquent au corps un ébranlement continuel. Les mâchoires sont serrées l'une contre l'autre, les muscles du ventre rétractés, les déjections involontaires, l'exercice des principaux sens et la sensibilité cutanée suspendus ou émoussés. Le malade ne répond point aux questions qu'on lui adresse, sa peau est chaude, couverte de sueur, son pouls agité et fréquent; le diaphragme tendu avec une brusque énergie soulève la poitrine, en produisant le hoquet; de violens grincemens de dents frappent l'oreille des assistans qui ne peuvent se dissimuler l'imminence du danger. Cependant tous les malades ne succombent pas dans ces attaques d'éclampsie, et il en est qui éprouvent dans l'espace de quelques mois trois ou quatre attaques semblables avant de perdre entièrement la faculté de se servir de leurs membres. Il est presque inutile de faire observer que les secousses convulsives n'affectent quelquefois qu'une moitié du corps, ou qu'elles sont plus prononcées d'un côté de la ligne médiane que de l'autre; l'on est peu étonné aussi de noter, lorsque l'exercice musculaire général commence à se rétablir, la rétractation d'un bras, d'une jambe, un affaiblissement voisin de l'hémiplégie à droite ou à gauche; tantôt ces derniers accidens persistent, tantôt ils disparaissent plus ou moins rapidement. En général la position des aliénés paralytiques est très aggravée par la manifestation des attaques tétaniques qui est le signal d'une désorganisation plus complète de la substance cérébrale.

On a soutenu que les accès épileptiformes et les accès d'éclampsie étaient constamment dus, sur les aliénés paralytiques comme sur beaucoup d'autres individus, à la réaction de l'arachnoïde enflammée sur le cerveau. J'ai combattu ailleurs (*voyez* ENCÉPHALITE AIGUE) cette théorie, qui me paraît trop exclusive. La surexcitation de l'arachnoïde, ou plutôt de la pie-mère, joue

incontestablement un grand rôle dans la péri-encéphalite chronique diffuse. Mais la surexcitation directe de la pulpe cérébrale ne suffit que trop pour exciter la contraction involontaire des muscles; et si la présence d'une fausse membrane, d'une légère couche de sang dans la cavité arachnoïdienne, semble justifier souvent l'influence que l'on attribue aux seules méninges, souvent aussi la rougeur, l'injection, le ramollissement de la substance nerveuse, joints à l'absence de toute lésion de l'arachnoïde, tendent à prouver que les convulsions sont dues, dans plus d'un cas, à une recrudescence de l'encéphalite.

Il se forme de loin en loin dans le cerveau des aliénés paralytiques des hémorrhagies, des abcès profonds, des ramollissemens locaux et subits, plus ou moins difficiles à diagnostiquer. Sans blâmer précisément les efforts que j'ai faits autrefois pour distinguer les symptômes propres à chacune de ces affections, Broussais (4ᵉ vol. de l'*Examen des doct. méd.*) me fait un reproche de n'avoir pas envisagé la méningo-encéphalite chronique sous un point de vue assez large, et d'avoir trop cherché à isoler cette maladie de l'aliénation mentale simple, des tumeurs dites organiques, du ramollissement cérébral ordinaire, des hémorrhagies encéphaliques, etc. Les observations de Broussais sont fondées jusqu'à un certain point. L'on peut soutenir sans doute, avec plus ou moins d'avantage, que les tubercules, les tumeurs cancéreuses, les abcès enkystés, le ramollissement profond du cerveau, le travail qui précède les épanchemens sanguins de cet organe sont, ainsi que les altérations qui correspondent à l'encéphalite chronique diffuse, le produit d'un travail inflammatoire. Mais en étudiant la paralysie incomplète des aliénés, je n'ai pas contracté l'engagement de prouver que toutes les affections encéphaliques, alors même qu'elles se ressembleraient par l'analogie de leur nature, doivent être comprises sous une seule et même dénomination; et aujourd'hui encore il me paraît tout-à-fait rationnel de distinguer la paralysie causée par le développement d'une encéphalite chronique diffuse d'avec les lésions des mouvemens qui succèdent à un épanchement sanguin, à un ramollissement local profond du cerveau, à la formation d'une tumeur des os du crâne, d'une tumeur fibreuse de la dure-mère, etc.; car, soit à cause de son double siége à la superficie

de chaque hémisphère cérébral, soit à cause de son mode successif d'envahissement, soit à cause de la réaction qu'elle exerce sur la totalité de la masse encéphalique et sur l'ensemble des fonctions de l'innervation, l'encéphalite chronique diffuse superficielle est l'unique maladie qui se présente avec le cortége de symptômes que les manigraphes lui ont assigné; ce serait donc rendre un mauvais service à la pathologie que de confondre une phlegmasie dont les caractères sont aussi tranchés avec telle ou telle inflammation, qui n'a avec elle que des traits d'analogie fort incomplets; j'ai donc eu raison, dans mon travail sur la paralysie des aliénés (p. 342 et suiv.), d'exposer le diagnostic différentiel des affections qui pourraient être prises pour l'inflammation superficielle chronique du cerveau.

Je me garderai bien de revenir ici sur les signes propres aux hémorrhagies cérébrales, aux suppurations circonscrites d'un hémisphère cérébral, etc.; mais l'on ne doit pas oublier, si l'on ne veut pas s'exposer à de continuelles erreurs de diagnostic, que les symptômes du *delirium tremens* ressemblent à peu près trait pour trait à ceux de l'aliénation mentale avec paralysie incomplète peu avancée. Ainsi, lorsque l'on manque de renseignemens sur un malade que l'on explore pour la première fois, et qui joint à une excitation intellectuelle plus ou moins intense, un embarras évident de la langue, un défaut d'équilibre dans les mouvemens, la réunion de ces phénomènes n'est pas suffisante pour faire diagnostiquer l'existence d'une encéphalite chronique; car il peut arriver que tous ces accidens cessent après quelques jours de traitement. La méningo-céphalite aiguë a été plus d'une fois confondue avec l'encéphalite chronique; mais il arrive peut-être que la forme aiguë prédomine plus souvent qu'on est porté à le penser, dans le délire compliqué de paralysie, et il reste probablement beaucoup d'études à faire sur l'incubation de la périméningo-céphalite chronique.

L'on rencontre encore, dans les hospices de province, des mélancoliques qui sont depuis plusieurs mois, plusieurs années, dans un état complet d'immobilité. Souvent les membres de ces individus sont rétractés et perclus, mais l'encéphale n'est pas pour cela enflammé, et il suffit d'être prévenu que ces aliénés n'ont qu'une lésion locale des muscles pour ne pas les confondre avec les sujets atteints d'encéphalite.

10.

L'on peut conclure sans beaucoup d'efforts, en récapitulant tout ce que nous avons dit jusqu'ici sur la méningo-céphalite chronique, que la marche et la durée de la paralysie des aliénés sont très incertaines. On ne peut pas prévoir d'avance si la maladie conservera constamment sa forme chronique; si elle s'élèvera ou non à l'état aigu, si elle se compliquera de congestion cérébrale brusque, de convulsions, d'hémorrhagie méningée; et toutes ces circonstances influent sur l'état musculaire et sur l'état intellectuel des sujets. Quelques individus succombent au bout de quelques semaines, de quelques mois, de quelques années. M. Parchape estime que la durée moyenne de l'encéphalite chronique est de un an onze mois quatre jours. En 1825, j'avais fixé cette durée à treize mois, et M. Bayle, à dix. Il est hors de doute que les soins hygiéniques que l'on accorde aux aliénés paralytiques, et la surveillance toujours attentive qui s'exerce sur leur personne, dans les maisons privées bien tenues, prolonge leur existence de plusieurs années; mais plus la maladie se rapproche de l'encéphalite aiguë, plus sa terminaison funeste est rapide (2e Mémoire de M. Parchape, p. 154 et suiv.).

Le pronostic de l'encéphalite chronique est tellement grave, que l'on compte à peine quelques cas de guérison bien avérés. Cette vérité coûte à avouer, et elle choque l'opinion de plusieurs savans confrères. Pour nous, nous avons la douleur de voir mourir chaque jour, soit à Charenton, soit dans les établissemens privés de la capitale, des malades que nous considérions, six mois ou un an auparavant, comme passablement bien rétablis, et nous croyons obtenir un véritable succès lorsque nous conjurons pendant quatre ou cinq ans la propagation de la phlegmasie chronique à un grand nombre de circonvolutions. La pratique de plusieurs de nos collègues offre presque constamment aussi un résultat funeste. Nous pourrions citer, cependant, des exemples d'intermittences assez franches et assez longues pur constituer une quasi-guérison : nous considérons souvent comme très malades certains sujets que d'autres estiment convalescens ou bien rétablis.

On observe à peu près constamment, vers les méninges et vers l'encéphale des aliénés paralytiques, des désordres nombreux et variés, et que l'on peut attribuer à l'influence d'une même cause : quelques-uns de ces désordres sont déjà indi-

qués dans les observations de Chiarurgi et d'Haslam; il appartenait à l'anatomie pathologique moderne d'en donner une description plus complète (*voir* l'ouvrage de M. Bayle, sur les maladies du cerveau ; le 2[e] Mémoire du docteur Parchape sur l'encéph. et sa structure ; mon travail sur la paralys. des aliénés, p. 375 et suiv.). En somme, l'on est presque certain de rencontrer sur le cadavre des aliénés affectés de paralysie : l'injection des os du crâne et de la face externe de la dure-mère, l'écartement, l'amincissement ou la perforation des fibres de cette même membrane, l'exubérance des végétations de la pie-mère, l'opacité et l'épaississement du tissu cellulaire qui concourt à la formation de sa trame, la dilatation des tubes vasculaires qui rampent sur les hémisphères cérébraux, la présence de fausses membranes, de pellicules sanguines, de couennes fibrineuses, d'hémorrhagies enkystées dans la grande cavité de l'arachnoïde, l'injection de la face viscérale de la pie-mère, l'adhérence de cette face avec les circonvolutions cérébrales, le ramollissement superficiel de la substance nerveuse des deux hémisphères cérébraux ou cérébelleux, la coloration rouge ou violacée de la substance grise, l'endurcissement ou le défaut de consistance des fibres de la substance blanche, l'injection pointillée des deux substances qui concourent à la formation de la masse encéphalique, le gonflement des prétendues villosités ventriculaires, l'accumulation d'un liquide ou sanguinolent, ou séro-purulent, mais le plus ordinairement aqueux dans l'épaisseur de la pie-mère, dans les cavités du septum médian des ventricules, dans toutes les cavités cérébrales, et jusque dans la cavité spinale ; l'amincissement, un état de retrait des circonvolutions ; enfin, l'on note de loin en loin dans la profondeur ou à la superficie des hémisphères du cerveau de ces mêmes sujets des cavités hémorrhagiques, des abcès, des cicatrices, des érosions, des tumeurs. De son côté, le prolongement rachidien a été trouvé ramolli.

Toutes ces lésions ne méritent pas de notre part le même degré d'attention; nous ne pouvons pas, dans un simple article, donner de longs détails sur la coloration et l'injection du crâne et de la dure-mère, sur l'usure du tissu fibreux et sur ses adhérences au tissu osseux, sur l'hypertrophie des végétations de la pie-mère, par exemple; mais répétons ici que ces lésions tendent à prouver que la circulation céré-

brale est trop active dans l'aliénation mentale avec paralysie. Les fausses membranes existent, avons-nous dit, dans la cavité arachnoïdienne : elles se forment d'un seul côté ou des deux côtés de l'encéphale, presque toujours sur la partie convexe de l'organe. Tantôt elles paraissent formées par une couche albumineuse, tantôt par une couche de sang coagulé, tantôt par de l'albumine et du sang réunis (voy. ENCÉPH., t. XI, p. 457). Parfois elles son vasculaires et ont contracté des adhérences avec l'un ou l'autre feuillet arachnoïdien; elles ont été notées par M. Bayle sur près d'un cinquième des sujets qu'il a ouverts, un peu moins fréquemment par les autres anatomopathologistes. L'augmentation de calibre des veines gorgées de sang noir qui rampent en serpentant au-dessous du feuillet viscéral de l'arachnoïde, frappe tout d'abord les yeux de l'observateur. Le surcroît d'épaisseur de certains points de la pie-mère et de son feuillet séreux se reconnaît à l'aspect nacré et opalin des endroits épaissis. Mais l'infiltration et le boursouflement du tissu cellulaire et des petits vaisseaux de la pie-mère font quelquefois paraître cette membrane épaissie dans la presque totalité; l'écoulement du liquide séreux diminue l'épaisseur de la membrane propre du cerveau. La présence du pus, du sang dans les mailles de la pie-mère se reconnaît, dans le premier cas, à l'aspect comme laiteux ; dans le second, à l'aspect violacé du liquide; l'inspection microscopique de la matière morbide lève le doute dans l'un comme dans l'autre cas. L'œdème de la pie-mère est très facile à apprécier dans l'intervalle des circonvolutions où l'arachnoïde est très distante de la pie-mère, et où la sérosité tremble sous le doigt qui la comprime comme le ferait une matière gélatineuse; cet œdème existe souvent jusque sur la convexité des replis cérébraux, et se reproduit d'une manière variable sur presque tous les cerveaux de nos malades. La sérosité exprimée de la pie-mère, celle qui s'écoule des cavités ventriculaires du canal rachidien, pèse parfois jusqu'à dix onces; il est commun de recueillir six ou sept onces de liquide aqueux, lorsque l'on prend les précautions nécessaires pour ne pas laisser perdre la sérosité accumulée dans le crâne des aliénés paralytiques. L'accolement, l'union intime de la pie-mère et des petits vaisseaux qui la traversent à la substance nerveuse superficielle, s'aperçoit de préférence sur les côtés de la ligne

médiane, à la hauteur du lobule médian et de la scissure de Sylvius; sur une foule de points, lorsque l'on s'efforce de séparer la pie-mère d'avec les circonvolutions, la substance grise se détache des hémisphères, qui paraissent comme éraillés, comme corrodés, et elle forme, à la surface interne de la membrane, des plaques d'une épaisseur variable; cette union peut exister aussi sur le lobule postérieur du cerveau, sur les hémisphères cérébelleux où elle est, en général, plus rare ou moins prononcée que sur les parties moyenne, supérieure, antérieure de la masse cérébrale. Sur quarante-cinq ouvertures de corps, l'adhérence de la pie-mère au cerveau a été rencontrée par moi trente-sept fois. M. Parchape l'a notée trente-neuf fois sur une totalité de quarante-quatre cas; M. Bayle trois fois sur quatre autopsies cadavériques: l'union de la pie-mère à la substance nerveuse est donc très fréquente, sinon constante, car une adhérence restreinte et limitée échappe très facilement à nos investigations.

M. Parchape signale le ramollissement de la substance corticale du cerveau *sous tous les aliénés* véritablement atteints de paralysie générale qu'il a disséqués; précédemment je l'avais signalé, dans mes recherches publiées en 1826, trente-sept fois sur quarante-cinq; d'après M. Parchape, M. Bayle l'a rencontré trois fois sur quatre (2e Mémoire de Parchape, p. 168). Le ramollissement a lieu à la superficie des circonvolutions, en pénétrant jusqu'à la moitié de la profondeur de la substance corticale, et la substance nerveuse ramollie s'étend facilement par la pression du scalpel. M. Parchape juge que le ramollissement superficiel existe, alors même que la pie-mère n'adhère point au cerveau, pourvu que la *décortication* des circonvolutions puisse s'opérer avec facilité par la dissection. Je crains les conséquences de cette opinion, que je cherche à vérifier.

L'endurcissement de la substance blanche est appréciable par la difficulté que l'on éprouve à couper le cerveau par tranches. Il a été noté une fois sur cinq (Bayle), une fois sur deux (Parchape), sur tous les cerveaux dont il est parlé en détail dans la thèse de M. le docteur Delaye.

La coloration de la substance grise offre toutes les nuances, toutes les teintes, depuis la couleur de *rouille* jusqu'au *rose*, jusqu'à la couleur *violette, lie de vin;* elle se manifeste par

plaques, et *augmente* rapidement par le conctact de l'air; les endroits colorés sont, dans quelques cas, traversés par une multitude de petits vaisseaux qui laissent suinter du sang. Ce suintement est, sur certains cerveaux, beaucoup plus intense dans la substance blanche que dans la grise. J'ai noté l'excès de coloration ou d'injection sanguine du cerveau trente-huit fois sur quarante-cinq. La coloration rouge de la pie-mère est un phénomène presque constant dans la paralysie avec aliénation, qui est noté, par M. Parchape, trente-six fois sur quarante-quatre. La coloration rouge de la membrane ventriculaire est bien plus rare et moins prononcée.

L'atrophie des circonvolutions cérébrales figure trois fois dans le relevé statistique de M. Parchape, sur vingt cerveaux d'aliénés paralytiques. Les épanchemens et les ramollissemens profonds, les abcès, les tumeurs de cet organe, figurent à peine une fois chacun dans ce même relevé.

Ne perdons pas de vue que M. Parchape n'a rencontré que deux fois la pie-mère adhérente au cervelet, qu'il n'a noté que cinq fois (sur quarante-quatre) le ramollissement superficiel de cet organe. Tous les anatomo-pathologistes sont d'accord pour reconnaître que les principaux ravages de la maladie s'exercent vers le cerveau plutôt que vers le cervelet et vers la moelle épinière qui participe cependant assez souvent à la coloration et à l'injection des lobes cérébraux.

Ne perdons pas de vue aussi que la plupart des altérations que nous venons de passer en revue se trouvent le plus souvent réunies dans les grands centres nerveux du même individu où elles se combinent de diverses manières pour nuire à l'exercice fonctionnel.

M. Delaye attribue l'aliénation mentale avec paralysie incomplète soit à l'endurcissement de la substance blanche, soit au resserrement, soit au ramollissement de la substance grise. M. Foville l'attribue à des lésions variables, mais simultanées, de la substance corticale et des plans fibreux de la substance blanche. Selon M. Bayle, la cause primitive de tous les phénomènes qui s'observent sur tous les aliénés paralytiques réside dans l'arachnoïde enflammée; le délire est dû à la réaction des méninges sur le cerveau, la lésion des mouvemens à une compression, l'apparition des phénomènes convulsifs au ramollissement de la substance corticale, etc. Broussais soutient

que la démence et la paralysie sont le résultat d'une désorganisation de l'encéphale. D'après M. Parchape, la lésiou du système musculaire, dans le délire avec paralysie générale incomplète se rattache à une altération essentielle et constante, et cette altération, c'est le ramollissement de la couche corticale du cerveau.

J'ai été porté à penser anciennement, comme M. Parchape le croit aujourd'hui, que la paralysie incomplète des aliénés est occasionnée par le ramollissement superficiel chronique et diffus de la substance grise des hémisphères cérébraux (p. 409 de mon ouvrage). J'ai cru ensuite que cette opinion était forcée, attendu que je n'avais pas apprécié l'existence du ramollissement cortical sur plusieurs aliénés paralytiques, et que je l'avais observé sur des sujets qui ne m'avaient point offert les symptômes musculaires de la paralysie incomplète. M. Parchape répond à ces argumens : qu'à l'aide d'une dissection attentive, l'on reconnaît toujours le ramollissement de la substance grise lorsque la paralysie a été bien évidente ; que, dans les cas où le ramollissement chronique a été observé sans paralysie, c'est que l'on n'avait pas suffisamment exploré les individus avant la mort, et qu'en réalité il n'est pas impossible qu'ils fussent affectés de paralysie incomplète. La science aura conquis une vérité importante, si la manière de voir de M. Parchape ne rencontre pas d'exception.

L'état du système nerveux rayonnant et du système nerveux ganglionaire des aliénés paralytiques n'a point suffisamment attiré jusqu'ici l'attention des pathologistes ; je donne ici un aperçu succinct des altérations que j'ai notées sur les organes thoraciques et abdominaux de cinquante malades, dont je prends au hasard les observations sur mes cahiers. Les poumons présentent une hépatisation générale ou partielle dix-neuf fois, des tubercules ou des cavités résultant de l'ulcération de la matière tuberculeuse, neuf fois ; un état gangréneux, une fois ; un œdème très intense, onze fois ; de l'emphysème, deux fois. Les plèvres adhèrent entre elles, à l'aide de fausses membranes anciennes ou récentes, parfois très étendues, vingt-cinq fois ; onze fois il existe dans leur cavité un épanchement séreux, avec ou sans flocons pseudo-membraneux. Le ventricule gauche est épaissi dix fois, le ventricule droit, deux, le cœur, très petit, sept fois ; deux fois le péricarde paraît

rouge, une fois il contient des plaques osseuses. Une rougeur intense, générale ou distribuée par plaques, la couleur noirâtre de la membrane muqueuse gastrique, avec ou sans ramollissement, sont notées vingt-six fois; cancer de l'estomac, une fois; rougeur de l'intestin grêle, neuf fois; ulcérations dans ce même intestin, trois fois; présence de matière tuberculeuse dans sa partie inférieure, trois fois; état noirâtre et comme charbonné de ses villosités, six fois; membrane muqueuse des gros intestins, d'un rouge intense, ulcérée ou recouverte par une sorte de produit couenneux, douze fois; foie coloré en jaune, deux fois, gorgé de sang, deux fois, traversé par des ossifications, une fois, couvert à l'extérieur de granulations tuberculeuses ou cartilagineuses, trois fois; sérosité dans la cavité péritonéale, cinq fois; corps fibreux de la matrice, trois fois sur huit autopsies; eschares profondes au siége, vingt-cinq fois. Ajoutez à tous ces documens ceux publiés par M. Bayle, dans son ouvrage sur les maladies du cerveau (p. 488), et vous resterez frappé du nombre et de la gravité des désordres qui affectent les principaux viscères, si ce n'est l'économie animale tout entière sur les aliénés paralytiques. Sans aucun doute, l'état du cerveau a eu de l'influence sur la manifestation des principales lésions que nous venons de passer en revue; mais si la vie s'éteint maintenant, la mort n'est pas seulement due, comme on l'a pensé, au progrès de la désorganisation encéphalique : les malades, malgré l'état de la substance cérébrale, auraient pu prolonger long-temps encore leur triste existence, si l'inflammation, en s'emparant des principaux organes, n'eût pas rendu tout exercice fonctionnel absolument impossible. L'on ne s'est donc pas bien rendu compte, si je ne me trompe, des causes de la mort, dans l'encéphalite chronique.

Que l'on me permette maintenant de revenir sur quelques-unes des conclusions de mon ouvrage publié en 1826. En cherchant à apprécier la valeur et la signification des altérations qui existent dans le crâne des aliénés atteints de paralysie incomplète, j'établissais alors qu'il faudrait être aveugle pour ne pas reconnaître que l'encéphale de tous ces aliénés est affecté d'inflammation; que la phlegmasie siége principalement à la superficie des circonvolutions cérébrales, dans la substance grise et dans le réseau de la pie-mère. C'est donc à une phlegmasie chronique, ajoutais-je, que doit être attribuée

la manifestation de la paralysie générale des aliénés. Cette dernière proposition, bien que combattue par les détracteurs de l'anatomie pathologique, est rendue incontestable aujourd'hui par les témoignages de MM. Lallemand, Broussais, et par le résultat de toutes les nouvelles ouvertures de corps qui se pratiquent journellement dans les hôpitaux. Mais beaucoup de pathologistes se sont élevés contre ma manière de raisonner, lorsque j'ai cru devoir avancer que nos sens n'étaient pas assez exercés pour saisir *toutes les lésions* que l'état inflammatoire faisait naître dans le cerveau des aliénés paralytiques, et qu'indépendamment des désordres par nous reconnus, il devait exister encore des changemens inappréciables dans leur système nerveux. Je tenais ce langage, parce que je croyais avoir noté dans l'encéphalite aiguë, par exemple, tous les produits connus de l'inflammation cérébrale, bien que les sujets, de leur vivant, ne fussent pas paralytiques; et parce que, dans le *delirium tremens*, j'avais noté les principaux symptômes de la paralysie générale, sans toujours rencontrer sur les cadavres les altérations dues à une phlegmasie chronique. Broussais fut le premier à s'écrier que la prétendue inconnue que je cherchais n'était ni plus ni moins que la désorganisation cérébrale. L'on ne doit pas oublier que telle avait été d'abord ma première idée, et que M. Parchape attribue aujourd'hui le développement de la paralysie des aliénés à un défaut constant de cohésion de la substance cérébrale. J'avoue que je suis très disposé à attriber les symptômes musculaires de la paralysie générale à l'état pathologique de la substance nerveuse des circonvolutions; mais bien que cette substance soit à peu près constamment privée de consistance dans la troisième période de la maladie, comme je ne pense pas qu'il en soit toujours ainsi lorsque la phlegmasie n'est qu'à son début, il n'est peut-être pas impossible que, dans le principe du mal, la turgescence du cerveau suffise pour porter atteinte à l'exercice musculaire. Du reste, le mode d'expression des symptômes variant dans le cours de la méningo-encéphalite chronique, il semble rationnel d'admettre que les conditions des tissus enflammés subissent aussi des variations : ce serait donc à tort, selon moi, qu'on donnerait à la maladie qui nous occupe le nom de *ramollissement cérébral superficiel*.

Beaucoup de manigraphes, découragés par le défaut de

succès du traitement dans l'aliénation mentale avec paralysie, donnent le conseil de ne soumettre les malades à aucune médication proprement dite, et de veiller simplement à leur conservation par une application éclairée des soins hygiéniques. L'on est porté tout d'abord à protester contre une manière de voir à laquelle beaucoup de personnes attribuent la terminaison si déplorable et si constamment funeste de la péri-encéphalite chronique au sein de nos maisons d'aliénés. Il faut cependant rendre cette justice à plusieurs praticiens qu'ils ne pèchent ni par un défaut de zèle, ni par un défaut d'expérience et de savoir; et s'ils se condamnent à rester oisifs en présence d'une phlegmasie dont les progrès ne s'arrêtent qu'avec la mort, ce n'est sans doute qu'après avoir expérimenté trente, quarante fois, plusieurs centaines de fois, que les ressources de notre art sont impuissantes contre la désorganisation de la substance nerveuse, et que l'opiniâtreté que l'on apporte dans l'application des moyens thérapeutiques, passé la première période de la maladie, ne fait que hâter son issue funeste en déterminant un prompt épuisement de la constitution. Que voulez-vous que produisent nos prescriptions, lorsque l'encéphale et les méninges sont déjà sous l'influence des nombreuses altérations que l'autopsie met dans une si grande évidence? Mais il faut prévenir, dit-on, la formation de ces désordres : à la bonne heure, pourvu que cela soit possible; mais avouons que, dans la période de démence avec abolition de l'exercice musculaire, la médecine ne doit pas être accusée d'agir, par son inaction, de concert avec la phlegmasie encéphalique.

Je dis maintenant qu'il est beaucoup plus difficile qu'on ne se le persuade communément de prévenir les progrès de l'encéphalite chronique diffuse. Un premier obstacle à la guérison du mal, dès son début, c'est d'abord sa nature, comme spéciale, qui le porte en quelque sorte à s'étendre en rampant à la manière de certaines affections de la peau; un second obstacle, c'est le délire qui figure au nombre des symptômes de l'encéphalite, et qui pendant l'incubation, période où le traitement devrait être poussé avec activité, déjoue les efforts les mieux combinés des gens de l'art. En effet, l'on ne parvient presque jamais à soumettre à une médication régulière un homme que l'excitation fascine et entraîne, et qui se per-

suade qu'il ne s'est jamais aussi bien porté qu'il se porte maintenant. Pour maîtriser la volonté d'un tel homme, il faudrait qu'il fût séquestré et privé de liberté; or, la séquestration n'est autorisée par nos lois que dans les cas où l'aliénation mentale est évidente pour tout le monde : l'on n'oserait pas conduire parmi les fous un père de famille, un fonctionnaire public, par exemple, qui ne présente encore que de la surexcitation vers l'intellect, et un léger degré d'embarras de la langue. Ce n'est donc pas la faute du médecin si les secours sont d'abord mal appliqués, et si par la suite leur application arrive tardivement. Tâchons de saisir maintenant les indications qu'il faudrait s'empresser de remplir si les circonstances et les dispositions du malade nous permettaient d'agir comme nous le ferions dans une maladie ordinaire. Après que le sujet a été soustrait à ses occupations et à son genre de vie habituel, qu'il a été placé à la campagne ou dans un lieu paisible, loin du tumulte des hommes et des choses, on le soumet d'abord à une alimentation légère et peu abondante, à l'usage exclusif des boissons aqueuses et non fermentées; l'on insiste pendant des mois entiers sur la sévérité du régime alimentaire, et sur la nécessité de cette espèce d'isolement. En même temps l'on pratique à des intervalles plus ou moins rapprochés, suivant le degré de force et de plénitude de la constitution, soit des saignées générales, soit des saignées locales. Les applications réitérées de deux sangsues à l'entrée des narines, de cinq ou six sangsues au siége, après que l'on a débuté par ouvrir un certain nombre de fois les veines du bras, soulagent plusieurs malades : c'est par l'usage de ces premiers moyens que l'on parvient à dissiper momentanément la gêne des mouvemens de la langue et des lèvres. Nous sommes aussi dans l'usage, dans les hôpitaux, de tenir trois fois par semaine les aliénés paralytiques dans un bain d'eau tiède, et de faire tomber sur leur tête, pendant tout le temps du bain, une pluie d'eau froide. L'administration des bains de pieds fortement acidulés, et des purgatifs drastiques, lorsque les conditions du canal digestif ne s'opposent point à l'emploi de ces derniers moyens, complètent à peu près l'ensemble de nos prescriptions; mais si le traitement produit quelque soulagement, c'est surtout parce que les émissions sanguines, les autres évacuations, les révulsifs, l'usage du bain, sont prescrits à propos, combinés

d'une certaine manière, interrompus à propos, repris en temps opportun. Le traitement antiphlogistique doit cesser promptement lorsqu'il paraît entraîner la démence et la perte de la mémoire. Dans ce cas, comme sur les sujets taciturnes, à moitié stupides, l'on peut avoir recours aux affusions d'eau froide faites sur le corps, aux bains salins et légèrement stimulans, aux frictions pratiquées avec la pommade émétisée sur le trajet de la colonne dorsale, à l'application d'un séton, d'un moxa ou d'un vésicatoire à la nuque. Toutefois c'est encore l'encéphalite accompagnée d'un certain degré de surexcitation mentale qui offre le plus de chances favorables au traitement, et le calme, voisin de l'hébétude, qui succède parfois très promptement à une médication antiphlogistique trop sévère et trop active, n'est point, comme on se le figure dans le monde, le signe d'une véritable guérison. L'on augure mieux de l'état du cerveau, lorsque le délire cesse peu à peu pour faire place à un raisonnement tout-à-fait sain, et que l'embarras de la parole et les autres symptômes musculaires n'offrent plus qu'une nuance presque insensible. Mais que si la méningo-céphalite chronique présente des intermittences, que si quelques-uns de ses foyers se cicatrisent pour un temps déterminé, elle a bien plus de tendance encore à envahir une grande étendue de surface. Je ne puis pas même m'occuper ici des soins que commande l'hygiène des aliénés paralytiques, et que l'on ne pourrait point négliger sans exposer une foule de malheureux à succomberet à périr dans un délai rapide; je n'indique pas non plus la conduite que le médecin doit tenir lorsqu'il survient sur un malade, soit des accès épileptiformes, soit de longues crises convulsives : il est des détails que nous ne pourrions qu'ébaucher, et qu'on lira avec fruit dans les ouvrages des manigraphes. CALMEIL.

BAYLE (A. L. J.). *Recherches sur les maladies mentales.* Thèse. Paris, 1822, in-4°; et *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes. — Maladies mentales.* Paris, 1826, in-8°.

DELAYE (J. B.). *Considérations sur une espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliénés.* Thèse. Paris, 1824, in-4°.

CALMEIL (L. F.). *De la paralysie considérée chez les aliénés.* Paris, 1826, in-8°.

JUSTIN (Hippol). *Essai sur la paralysie générale et incomplète des aliénés.* Thèse. Paris, 1829, in-4°.

Daveau (R.). *Diss. sur la paralysie générale observée à Charenton.* Thèse. Paris, 1830, in-4°.

Parchape. *Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies*, part. I et II. Paris, 1836-8, in-8°.

Wachter (F. A.). *Considérations sur la paralysie générale des aliénés.* Thèse. Strasbourg, 1837, in-4°. R. D.

PARAPHIMOSIS (de παρὰ, au-delà, et de φιμόω, je serre avec une corde). — Maladie dans laquelle le prépuce, porté, par une cause quelconque, en arrière du gland, et ne pouvant plus être ramené sur cet organe, occasionne l'étranglement de l'extrémité antérieure de la verge. C'est l'opposé du phimosis. Cette affection, à laquelle des individus dont l'orifice du prépuce est naturellement étroit sont, en général, plus disposés que les autres, peut être accidentelle, c'est-à-dire indépendante de tout état morbide préexistant, ou bien elle est symptomatique d'une autre maladie, qui, pour l'ordinaire, est la syphilis, se manifestant par des chancres ou quelques autres signes d'infection à la verge.

La première espèce s'observe le plus souvent chez des enfans affectés de phimosis naturel, lorsque, par un mouvement de curiosité ou tout autre motif, ils découvrent le gland avec violence, ou bien chez des hommes présentant la même conformation, quand ils ont commerce avec des femmes dont les parties génitales sont trop resserrées, et quelquefois aussi chez ceux qui, pour motif de propreté, retirent imprudemment et maintiennent long-temps un prépuce naturellement étroit en arrière de la couronne. Il y a quelques années, qu'un homme d'au moins soixante ans, mais fort bien portant d'ailleurs, me fit appeler pour un cas de cette nature. Comme il y avait déjà plus de douze heures qu'il faisait, mais inutilement, des tentatives de réduction, je fus obligé de pratiquer immédiatement l'opération du paraphimosis, afin de prévenir les conséquences de l'étranglement et d'une très vive inflammation.

La deuxième espèce de paraphimosis n'est ordinairement qu'une complication des chancres vénériens du prépuce, non que la spécificité de la cause irritante qui les a produits puisse être considérée, ainsi que je l'ai déjà dit, comme toujours indispensable pour faire naître un pareil accident; tout autre ulcère non syphilitique, et même les solutions de continuité les

plus simples de cette partie de la verge, occasionnées par divers agens mécaniques ou chimiques, pouvant, quoique moins fréquemment, selon moi, avoir un semblable résultat. Des végétations volumineuses et douloureuses du gland l'ont aussi quelquefois déterminé.

Quelle que soit, du reste, la cause de cet accident, il faut, en général, le considérer comme présentant plus de gravité que le phimosis; car l'étranglement, qui en est la conséquence inévitable, intercepte la circulation dans une portion beaucoup plus considérable du pénis. Toutefois, comme le phimosis, il offre des différences très marquées dans les phénomènes d'irritation qui l'accompagnent, et il peut, sous ce rapport, être, ainsi que lui, distingué en inflammatoire et en indolent, ce dernier étant cependant moins commun que l'autre.

Lorsque le paraphimosis a lieu, le gland se tuméfie, par la constriction qu'exerce le limbe du prépuce, toujours plus ou moins resserré et formant une ligature circulaire en arrière de la couronne. La portion muqueuse de ce repli cutané, qui est encore extensible, se gonfle à son tour, par suite de la gêne qu'éprouve derrière elle la circulation des vaisseaux sanguins et lymphatiques; elle forme un bourrelet plus ou moins volumineux entre le point étranglé et le gland, et l'inflammation s'étend souvent au corps de la verge. Quelquefois le prépuce présente deux points d'étranglement circulaires et concentriques, entre lesquels s'élève le bourrelet dont il vient d'être parlé. Ce dernier offre, en outre, fort souvent des bosselures séparées entre elles par des dépressions parallèles à l'axe du pénis. L'inflammation est-elle très intense, le gland devient rouge, violacé, acquiert un volume double ou triple de l'état normal; les chancres dont il peut être couvert s'agrandissent, sont irrités, saignans; le bourrelet formé par le prépuce devient énorme, il rougit, se couvre quelquefois de phlyctènes, le point de strangulation présente des déchirures perpendiculaires à sa direction; et, si cette dernière circonstance n'opère pas d'une manière toute naturelle le débridement, ce dont on voit quelques exemples dans la pratique, la violence des accidens peut être portée assez loin pour déterminer une rétention d'urine, et même la mortification de la partie.

Dans d'autres circonstances l'irritation est moindre, et le gonflement préputial, que l'on peut alors appeler lymphatique ou séreux, est pâle, mou, cristallin; il devient extrême, sur-

tout en-dessous du filet, et donne à la verge une forme contournée en spirale; c'est le paraphimosis indolent. Ce cas, à dire vrai, est plus rare que le précédent; il survient plus communément pendant une blennorrhagie uréthrale, ou pendant une balanite, qu'à la suite de chancres. D'ailleurs il présente moins de danger sous le rapport de l'étranglement, qui n'est jamais aussi considérable que dans le phimosis inflammatoire; il est même assez rare qu'avec des pressions prudemment exercées et un peu de persévérance, on ne parvienne à en opérer la réduction.

Aussitôt qu'on est appelé auprès d'un malade affecté de paraphimosis, quel que soit d'ailleurs le degré d'irritation qui l'accompagne, on doit, sans aucun retard, essayer de le réduire; car plus les accidens de l'étranglement ont duré, plus les suites peuvent en être fâcheuses. Pour procéder à cette opération, on croise les doigts indicateurs et médius de chaque main, en arrière du bourrelet formé par le prépuce, les premiers en dessus, les seconds en dessous de la verge, et on le ramène en avant, tandis qu'avec les deux pouces, le gland est repoussé en sens contraire. Ces tentatives qui réussissent souvent, doivent toujours être faites avec ménagement, afin de ne pas augmenter encore l'inflammation. Mais, ainsi que l'a fort bien remarqué Cullerier oncle, il se présente des cas dans lesquels, après y avoir eu recours sans aucun succès, parce que le gland était trop tuméfié, on peut encore espérer d'obtenir la réduction, surtout si la tumeur est séreuse et peu sensible. Ce praticien pressait d'abord entre les doigts le gland et le prépuce, mais surtout ce dernier, de manière à faire remonter au-delà de l'étranglement une portion des sucs épanchés; après quoi, les parties étant ramollies et moins tendues, il ramenait d'une seule main le prépuce en avant, en même temps qu'il comprimait en sens contraire avec la main opposée le gland, qui avait été préliminairement enduit avec de l'huile d'amandes douces.

Quand on parvient à réduire le paraphimosis, les malades éprouvent ordinairement un soulagement prompt et bien marqué, par le seul fait de la cessation de l'étranglement du pénis. Bientôt tout rentre dans l'ordre, à cela près pourtant des chancres ou autres symptômes syphilitiques préexistans, qui, ayant pu être aggravés par la gène mécanique de la circulation

daus la partie étranglée, reprennent bien, il est vrai, une marche plus régulière après la réduction, mais dont la guérison se fait un peu plus attendre que dans les circonstances ordinaires. Lorsque, après cela, une certaine persistance de l'engorgement inflammatoire occasionne encore le resserrement de l'orifice du prépuce, un simple phimosis succède à l'accident auquel on vient de mettre fin, et il convient de le traiter par les émolliens, sous forme de bains, d'injectious et de fomentations, ainsi que je le dirai à l'article où il sera spécialement question de cette maladie. Une fois cet incident dissipé, on reprend le traitement antivénérien général, si l'existence de quelques signes d'infection en fait sentir la nécessité.

Lorsque l'inflammation du paraphimosis est vive, sans pourtant être portée à un degré excessif, il convient d'entourer, pendant vingt-quatre heures, l'extrémité de la verge avec des linges trempés dans de l'eau à la glace, fréquemment renouvelés, en même temps qu'on fait poser six sangsues le long du canal, en arrière du bourrelet préputial, ou bien un nombre triple ou quadruple au périnée, l'action de ces moyens pouvant, en réprimant l'inflammation, diminuer la tension des parties tuméfiées et permettre de ramener, par une nouvelle tentative, le prépuce sur le gland.

Mais, comme on a déjà pu le pressentir par ce qui a été dit plus haut, il se présente des circonstances dans lesquelles le paraphimosis devient tellement considérable, soit par la violence primitive de l'inflammation, soit que le malade ait trop attendu pour réclamer les secours de la médeciue, qu'il ait fait des excès de table ou se soit livré à un travail forcé, que les accidens résultant de la constriction du pénis prennent à chaque instant un accroissement qui peut amener la gangrène d'une portion plus ou moins étendue de cet organe. Il faut prévenir ce fâcheux événement en faisant l'opération du paraphimosis, qui n'est autre chose que le débridement des parties étranglées.

Pour la pratiquer, on saisit l'extrémité de la verge avec la main gauche, et après avoir écarté le bourrelet ou les bourrelets avec le pouce et l'indicateur, qui doivent être placés en dessus, tandis que le doigt médian est sous le filet, afin de mettre à découvert le sillon répondant au point du prépuce

qui opère la constriction, on glisse sous les brides, avec l'autre main, la pointe d'un bistouri à lame étroite, dont le tranchant, qui doit être légèrement concave, est tourné en dessus, et l'on incise la peau dans toute son épaisseur, sur trois ou quatre points différens, et de la longueur de quatre à six lignes. Ces débridemens doivent être faits à égale distance, sur tous les points de l'anneau qui étrangle la verge, et dans l'axe de cet organe. Quelquefois le volume de l'engorgement du prépuce est tel qu'il n'est pas possible de glisser le bistouri au-dessous de l'étranglement. On est alors forcé de faire agir l'instrument de dehors en dedans, ce que, d'ailleurs, on peut faire sans danger, quand on y apporte l'attention nécessaire, afin de ne diviser que la peau. Dans ce cas, je préfère me servir d'un bistouri droit, très étroit, dont la lame est entourée d'une bandelette de linge fin jusqu'à peu de distance de sa pointe.

Communément après cette opération, on peut, avec une certaine facilité, ramener le prépuce sur le gland, surtout si l'on pratique sur sa partie tuméfiée quelques légères mouchetures qui en procurent l'affaissement; mais quand le paraphimosis est déjà ancien, que les tumeurs qu'il présente sont très dures, que les parties ont contracté des adhérences, ce complément ordinaire du procédé opératoire n'est quelquefois plus praticable; il faut alors se contenter d'avoir fait cesser l'étranglement. D'ailleurs, on doit toujours laisser abondamment saigner les plaies résultant des débridemens, et, en pansant ensuite avec les émolliens, en prescrivant des bains, des injections de même nature, la diète, et surtout en maintenant la verge à angle droit avec l'axe du corps, en l'entourant d'une serviette roulée en forme de couronne, afin de favoriser le retour des fluides, la tuméfaction du prépuce disparaît au bout de peu de jours. Quelquefois le bourrelet préputial est si tendu, si enflammé, qu'il est tout-à-fait de rigueur, après la division des brides, d'y opérer un dégorgement local, au moyen des mouchetures dont il vient d'être parlé, et même de plusieurs scarifications profondes. Cette attention hâte souvent la guérison définitive; elle est aussi très propre à diminuer le volume des tumeurs lymphatiques, dures et lardacées de certains paraphimosis indolens.

Lorsque, malgré les débridemens, une portion plus ou moins

considérable du prépuce se gangrène, les eschares une fois tombées, la cicatrisation a ordinairement lieu avec assez de promptitude, à moins que les ulcères qui en résultent ne prennent la forme et les autres caractères des chancres vénériens, quand il en existe en même temps, auquel cas le traitement antisyphilitique doit être administré sans retard.

Les émolliens sont les meilleurs antiseptiques à opposer à cette espèce de gangrène. Si l'on n'arrive pas assez tôt, la mortification complète du prépuce, parfois celle du gland lui-même, peuvent être la suite du paraphimosis dont on n'a pas fait cesser l'étranglement. Il est, du reste, bien rare, que tout le pénis en soit frappé. Dans tous les cas, la nature se suffit à elle-même pour séparer les parties privées de vie, et la cicatrisation se fait ensuite peu attendre. La seule attention que cette circonstance exige de la part du médecin consiste à placer et à maintenir jusqu'à parfaite guérison une sonde de gomme élastique dans le canal de l'urèthre. Quand il survient une hémorrhagie, la compression suffit ordinairement pour l'arrêter. Lorsque la gangrène a été bornée au prépuce, il ne reste parfois plus que quelques lambeaux informes de cet appendice, lesquels, loin d'être de la moindre utilité, deviennent très gênans pour l'accomplissement des fonctions génitales, à raison du volume et de la dureté squirrheuse et presque cartilagineuse qu'ils acquièrent. De plus, comme ils déforment et déshonorent l'organe, en même temps qu'on peut craindre qu'en les laissant subsister, tôt ou tard ils ne dégénèrent en cancer, la prudence exige qu'on en fasse l'excision. Elle se pratique ordinairement avec le bistouri (*voy.* PHIMOSIS).

L'inflammation du paraphimosis peut être assez intense, et c'est principalement lorsqu'elle est tout-à-fait abandonnée à elle-même, pour qu'il se forme des abcès, des fusées purulentes dans le tissu cellulaire, siége presque exclusif de l'engorgement. Rien de mieux à faire alors que de débrider promptement le prépuce et donner issue au pus par le moyen de l'instrument, aussitôt qu'il est amassé dans un foyer. Dans d'autres cas l'engorgement devient chronique, la tension, l'inflammation des parties, et par conséquent les accidens de l'étranglement diminuent d'une manière progressive; le prépuce reste en arrière du gland, où il contracte des adhérences, et lorsque les indurations qu'il présente ne cèdent pas à l'em-

ploi prudemment ménagé des résolutifs, tels que l'eau de Goulard, la décoction de tan, ou les frictions locales faites avec l'onguent napolitain (*voy*. PHIMOSIS INDOLENT), elles finissent par s'organiser, et ne peuvent plus se résoudre. Heureux alors quand elles ne prennent pas à la longue le caractère carcinomateux, dégénérescence qu'il faut éviter autant que possible, et le moyen le plus convenable pour atteindre ce but, est l'excision de ces tumeurs. Les petites plaies qui succèdent à cette opération se guérisent pour l'ordinaire avec facilité.

L'existence assez fréquente du paraphimosis très inflammatoire, comme complication ou conséquence de chancres, ou de tout autre symptôme syphilitique, doit faire du traitement antivénérien proprement dit une obligation indispensable et de conscience. On conçoit d'ailleurs que; quelle que soit la gravité des signes d'infection, il faut différer l'usage des remèdes mercuriaux, qui sont toujours plus ou moins stimulans, tant que les accidens inflammatoires ont un certain degré de violence. Mais une fois qu'ils sont calmés, rien ne doit s'opposer à ce qu'on remplisse l'indication que fournit la cause première du mal. Ce délai ne sera nullement nécessaire dans le cas de paraphimosis indolent; car tout en s'occupant du traitement local propre à le résoudre et à en procurer la réduction, un traitement mercuriel proportionné à la nature et à la violence du symptôme d'infection qui a déterminé le gonflement doit être concurremment administré (*voy*. CHANCRE et SYPHILIS). Toutefois, il faut le répéter ici, je n'entends tracer des règles de conduite que pour les cas d'origine vraiment syphilitique, reconnaissant aujourd'hui, comme je l'ai toujours fait, qu'il peut se présenter des circonstances dans lesquelles l'usage persévérant et exclusif des délayans devra être continué jusqu'à parfaite guérison; et de ce nombre se trouveront quelques paraphimosis survenant à la suite d'un excès de fatigue, d'irritation directement portée sur la verge, soit mécaniquement, soit par l'accumulation de l'humeur sébacée sous le prépuce, ou à l'occasion de simples uréthrites contractées, il est vrai, par le coït, mais que tous les renseignemens peuvent faire regarder comme non virulentes.

L. V. LAGNEAU.

PARAPLEGIE. *Voy*. PARALYSIE.

PAREIRA BRAVA. — On désigne sous ce nom une racine ou plutôt une tige sarmenteuse qui nous vient du Brésil et de plusieurs autres parties de l'Amérique méridionale, que l'on croit généralement être celle du *Cissampelos Pareira*, L. Cette plante appartient à la famille des Ménispermées. Aublet disait que le pareira brava était produit par une autre plante de la même famille qu'il a nommée *Abuta rufescens*. Mais il est assez difficile d'éclaircir complétement ce point d'histoire naturelle médicale, parce que ces lianes se ressemblent beaucoup; et comme d'ailleurs leurs propriétés paraissent être les mêmes, cette confusion est sans inconvénient. La racine ou mieux la tige de pareira brava, telle qu'on la trouve dans le commerce, est tortueuse, dure, ligneuse, d'un à deux pouces d'épaisseur sur une longueur variable, munie d'un très grand nombre de fibres; sa couleur est brune à l'extérieur, plus claire, et comme grisâtre intérieurement, où elle présente un grand nombre de couches concentriques emboîtées les unes dans les autres, et traversées par des lignes divergentes du centre à la circonférence. Sa saveur est amère et son odeur presque nulle. M. Feneulle a publié, dans le *Journal de Pharmacie* (septembre 1821), l'analyse de cette racine, qui n'offre rien de bien remarquable. Ses principes constituans sont une résine molle, un principe jaune amer, un autre principe brun, de la fécule, une matière animalisée, du malate acide de chaux, du nitrate de potasse, du sel ammoniac et quelques sels minéraux.

Ce médicament est loin d'avoir encore aujourd'hui la réputation brillante dont il jouissait autrefois. On l'a pendant longtemps considéré comme un excellent *lithontriptique*. Il paraît en effet qu'il exerce quelque action sur la sécrétion des reins, et qu'on doit seulement le regarder comme un remède diurétique : néanmoins son usage est presque absolument abandonné par les praticiens modernes. On peut l'administrer en décoction à la dose d'une demi-once pour une livre d'eau.

A. Richard.

PARIETAIRE (*Parietaria officinalis*, L. Rich. *Bot. méd.*, t. 1, p. 198). — Cette plante, qui porte aussi les noms vulgaires de *perce-muraille* et de *casse-pierre*, appartient à la famille des Urticées et à la polygamie monœcie de Linné. Elle est vivace,

et croît très abondamment sur les vieux murs, les ruines des édifices, les parois des puits, et en général dans tous lieux où abonde le nitrate de potasse. Sa racine est grêle et chevelue; ses tiges sont rameuses, hautes d'environ un pied, cylindriques, rougeâtres, velues, ainsi que toutes les autres parties de la plante, charnues et cassantes; ses feuilles sont pétiolées, alternes, ovales-acuminées, entières. Les fleurs sont excessivement petites, polygames, réunies au nombre de trois dans un petit involucre commun et groupées à l'aisselle des feuilles supérieures. Chacune d'elles se compose d'un calice tuberculeux à quatre dents, de quatre étamines incluses et d'un ovaire libre surmonté d'un stigmate péniciliforme. Le fruit est un un petit akène renfermé dans l'intérieur du calice qui est persistant.

La pariétaire, lorsqu'elle est fraîche, a une saveur herbacée et légèrement saline. Elle contient en effet une quantité très notable de nitrate de potasse, et du mucilage assez abondamment. Aussi cette plante est-elle surtout employée comme diurétique et tempérante, et sous ce rapport son usage est général est très fréquent. Tantôt on fait une décoction légère d'une poignée de l'herbe fraîche dans deux livres d'eau; tantôt on en exprime le suc, que l'on administre à la dose d'une à deux onces. La pariétaire est un médicament assez actif, mais qui n'irrite pas les voies urinaires. A. RICHARD.

PAROTIDE (de παρὰ et ὠτός, qui veut dire proche de l'oreille). — § Ier. On nomme ainsi la plus grosse des glandes salivaires, qui est située à la partie latérale inférieure de la tête, dans l'échancrure parotidienne; elle est allongée de haut en bas et triangulaire. La peau et quelques fibres du peaucier la recouvrent ainsi que quelques filets nerveux assez nombreux. En dedans, elle présente deux faces, dont l'une est antérieure et l'autre postérieure : la première est appliquée sur l'articulation temporo-maxillaire, la branche ascendante de l'os maxillaire inférieur, et le bord postérieur du muscle masséter; la seconde correspond au conduit auditif, à l'apophyse mastoïde, au muscle sterno-mastoïdien, au ventre postérieur du muscle digastrique; le sommet touche l'apophyse styloïde et les muscles qui s'y attachent. La partie antérieure de sa circonférence est collée sur le masséter, et l'on aperçoit

le conduit excréteur de la parotide, qui s'en sépare vers sa partie moyenne et un peu supérieure : quelques petites portions glanduleuses accompagnent ce conduit ordinairement dans le commencement de son trajet. La partie supérieure de cette glande est située entre l'articulation temporo-maxillaire et le conduit auriculaire, tandis que son extrémité inférieure ou sa base, qui se trouve au niveau de l'angle de l'os maxillaire, correspond à la glande maxillaire qui en est toujours séparée par une cloison fibreuse.

Des vaisseaux et des nerfs nombreux traversent la glande ou l'avoisinent. Pour les artères, on trouve, en haut et en avant, la temporale et la maxillaire interne; en bas la faciale, sur laquelle s'étend quelquefois la glande; en arrière et profondément, l'auriculaire postérieure, l'occipitale, des branches de la maxillaire interne. La carotide externe monte en dedans de la glande jusqu'au condyle de la mâchoire; quelquefois dans ce trajet elle est complétement environnée par le tissu glanduleux, d'autres fois celui-ci est seulement appliqué sur sa face externe. Il y a aussi en avant la faciale transverse, et au centre, se distribuant au tissu, divers petits rameaux artériels. Les veines sont, outre celles qui portent le même nom que les artères, la jugulaire externe située un peu en arrière, et près la surface de la glande; et assez souvent dans son épaisseur, une communication entre la jugulaire interne et l'externe. Sous la peau rampent des rameaux nerveux appartenant au plexus cervical; le tronc du nerf facial traverse la glande obliquement de haut en bas, et d'arrière en avant, et se divise en deux branches dans son épaisseur même. Le sommet de la parotide est séparé par l'apophyse styloïde, de la carotide interne, de la jugulaire interne, et des nerfs glosso-pharyngien, pneumogastrique, spinal et hypoglosse, organes qui sont tous en même temps placés un peu en arrière par rapport au sommet de la glande. En plus des ganglions lymphatiques assez nombreux disséminés dans le tissu cellulaire environnant la parotide, il en existe immédiatement sous l'enveloppe cellulo-fibreuse qui la recouvre, et même quelques-uns entre les globules du tissu glanduleux.

Le conduit excréteur de la glande, nommé aussi *canal de Sténon*, formé par le rapprochement successif et la réunion des radicules et des rameaux qui naissent des granulations,

des lobules et des lobes de cette glande, se dirige horizontalement d'arrière en avant, sur la face externe du muscle masséter, un demi-pouce environ au-dessous de l'arcade zygomatique, ordinairement accompagné par l'artère transversale de la face et par quelques filets du nerf facial. Il reçoit souvent dans son trajet les petits conduits excréteurs des grains glanduleux situés dans son voisinage. Parvenu vis-à-vis le bord antérieur du masséter, le conduit parotidien se recourbe en dedans et en bas, passe obliquement entre les fibres du muscle buccinateur, en traversant le tissu adipeux de l'épaisseur de la joue, et vient s'ouvrir à l'intérieur de la bouche par un orifice situé vis-à-vis l'intervalle de la seconde et de la troisième dent molaire supérieure; cet orifice, qui est simple, est bien plus étroit que ne l'est le canal. Les parois du conduit ont beaucoup d'épaisseur comparativement au diamètre de sa cavité, qui est tapissée par un prolongement de la membrane muqueuse de la bouche. Pour la structure et les usages, *voy.* SALIVAIRES (glandes). OLLIVIER.

MURAT (A. L.). *La glande parotide considérée sous ses rapports anatomiques, physiologiques et pathologiques.* Thèse. Paris, an XI (1803), in-8°.

WEBER (Ern. Henr.). *Ueber den Bau der Parotis des Menschen.* Dans *Meckels Archiv.* 1727, p. 276. — *Beytrag zur Entwickelungsgeschichte der parotis des Kalben.* Ibid., p. 278.

Voyez, en outre, l'art. SALIVAIRES (glandes).

§ II. MALADIES DE LA GLANDE PAROTIDE. — La parotide est très peu sujette aux affections de tissu; elle partage cet avantage avec toutes les glandes salivaires, qui, sous le rapport des lésions de texture, jouissent, comparativement aux autres organes glanduleux, d'une immunité remarquable. A peine trouve-t-on dans le *Sepulchretum,* et les autres ouvrages d'anatomie pathologique antérieurs, quelques exemples d'affections tant soit peu prononcées de la parotide. Il faut arriver jusqu'à Morgagni, pour voir la description des productions terreuses ou osso-terreuses qu'elle est susceptible de présenter. Depuis, on a recueilli plusieurs cas de dégénérations squirrheuse, cancéreuse, scrofuleuse, etc., de cette glande, et Sabatier a signalé à l'attention des observateurs le développement anormal, ordinairement indolent et sans conséquences fâcheuses ultérieures, dans lequel on la voit acquérir quelquefois le

triple ou le quadruple de son volume ordinaire Tantôt l'intumescence est le résultat d'une véritable hypertrophie qui, eu égard à la nature des fonctions de l'organe affecté, n'entraîne aucun accident notable. Tantôt elle tient à l'accroissement excessif, à une sorte de végétation du tissu cellulaire graisseux interlobulaire. Il est à peu près impossible de distinguer sur le vivant ces deux cas l'un de l'autre, et il n'y a pas grand mal à cela. L'important est de ne pas les confondre avec le squirrhe de la parotide, reconnaissable à sa forme ordinairement moins égale, à sa rénitence, ou plutôt à sa dureté, à son adhérence et à son immobilité complète.

L'absence de ces caractères fournit un moyen assuré pour ne jamais confondre l'affection de la glande elle-même avec les diverses tuméfactions dont le tissu cellulaire dense qui la recouvre est souvent le siége. Cependant, il s'en faut bien qu'à cet égard on ait toujours su se garantir de l'erreur. C'est même, en général, sur des méprises analogues à celle que je viens d'apprendre à éviter, que repose un bon nombre des observations données comme exemple de maladies et d'extirpation de la parotide.

La rareté des affections de cette glande ne change rien à leur nature : aussi, excepté les médications appropriées aux lésions des canaux salivaires (*voy.* FISTULE SALIVAIRE), devront-elles être traitées comme les maladies analogues des autres parties du corps accessibles aux secours médicaux et chirurgicaux. Néanmoins, je crois devoir m'arrêter un moment sur l'extirpation de la parotide.

Par un abus de terme, que tout le monde avoue, sans penser à le corriger, on continue depuis des siècles à appeler du nom d'un organe l'affection dont je dois à présent m'occuper, *la parotide symptomatique,* ou tout simplement la *parotide.*

On l'observe fréquemment dans les épidémies graves de fièvres adynamiques, ataxiques et pestilentielles, comme on peut le voir par les histoires des maladies de ce genre qui ravagèrent l'Europe à différentes époques des siècles passés. Elle est, au contraire, si rare dans la fièvre jaune, que, pendant près de cinq ans de séjour dans les Antilles, plusieurs centaines de sujets atteints de cette fièvre ne m'en ont pas offert un seul cas. Elle n'est guère plus fréquente dans le choléra épidémique (Duplay, *Arch. gén. de méd.,* t. XXIX,

p. 365); mais elle se montre de temps en temps dans le typhus-amaril des États-Unis. Tout nous porte donc à considérer la parotide comme un symptôme en quelque sorte caractéristique des maladies typhoïdes, ce qui n'empêche pas pourtant de l'observer de temps à autre dans des affections fébriles d'une nature moins grave, et même dans des phlegmasies comme la pneumonie. Il se montre à des époques fort variables de la durée de la maladie principale, depuis le deuxième ou troisième jour, jusqu'au sixième ou huitième jour, et dans quelques cas assez rares, plus tard encore. Son apparition est presque toujours l'indice d'un grand danger, ainsi que le savait très bien Hippocrate. Néanmoins, comme on voit plus d'un sujet guérir après avoir eu des parotides, on leur attribue souvent l'heureuse solution du mal, et on les appelle alors *parotides critiques*, par opposition à celles qui semblent exercer une influence fâcheuse sur la marche des symptômes, et sont à cause de cela dites *acritiques*. Ces dernières paraissent ordinairement dans les premiers jours de la maladie ou vers son état; les autres, à son déclin, et lorsque les accidens ont déjà plus ou moins perdu de leur intensité.

Les médecins ont attribué à l'éruption des parotides une influence qui, à mon sens, est nulle, ou au moins fort différente de ce qu'on croit. En effet, ce symptôme, considéré comme affection locale, est, par lui-même, assez souvent d'une médiocre importance. Si donc sa prompte manifestation annonce un grand danger, loin de dire qu'elle l'occasionne, on doit l'attribuer elle-même à la nature grave de la maladie: résultat de cette gravité, elle l'indique, mais ne la produit pas. D'après les mêmes principes, on concevra aisément que l'éruption d'une seule parotide soit beaucoup moins fâcheuse que l'éruption de deux, laquelle annonce une mort à peu près certaine, et dévoile l'existence d'une cause morbifère très énergique. Quand, au contraire, cette même cause est moins active, il ne sort qu'une parotide, et encore paraît-elle tard. La période dangereuse du mal est franchie ou près de l'être; la guérison s'observe souvent, et l'on ne manque guère alors de l'attribuer au bienfait du symptôme qui l'a précédée. On ne veut pas voir que, même dans ce cas, un mal de plus est toujours un mal, bien qu'il n'aille pas jusqu'à rendre mortelle

l'affection dont il dépend. Cette façon de penser ne m'empêchera pas d'accorder à la parotide considérée comme affection locale, et indépendamment de la maladie principale, toute l'attention qu'elle mérite.

Au lieu d'avoir son siége dans la glande dont il porte le nom, l'engorgement symptomatique affecte, suivant Bichat (*Anat. gén.*, t. II, p. 622), les ganglions lymphatiques et le tissu cellulaire environnant. Carrey et Samoëlowitz ont également prétendu que le bubon pestilentiel commence toujours par le tissu cellulaire, et n'atteint que consécutivement les glandes lymphatiques. Leur opinion était devenue la mienne, et quelques faits dont je m'étais exagéré la valeur m'avaient conduit à penser comme Bichat au sujet de la parotide; mais la lecture de l'excellente thèse de Murat, ce que j'ai vu plusieurs fois à Bicêtre, et un assez grand nombre de faits publiés par divers auteurs (Louis, *Gastro-entérite*, t. I, p. 148, *Lancette française*, décembre 1830), m'ont appris que dans la parotide le mal atteint dès son début les grains glanduleux eux-mêmes. A l'ouverture des cadavres on les trouve indépendamment de l'affection des parties voisines, rouges, engorgés, infiltrés de pus, qui presque toujours remplit en même temps le canal de Sténon et les conduits salivaires jusque dans leurs plus petites ramifications (Murat, *De la parotide, etc.*, p. 29). Les nombreuses observations de M. Bulard (*De la peste orientale*, p. 72), celles de Clot-Bey n'ont pas moins évidemment prouvé que le bubon pestilentiel affecte réellement et primitivement les glandes lymphatiques. Quant à l'affection dite parotide, les symptômes observés sont en parfait accord avec les résultats fournis par l'anatomie pathologique. Ainsi le mal se développe et marche, la plupart du temps à la manière des tumeurs inflammatoires; elle en affecte aussi les diverses terminaisons, savoir la résolution, la suppuration, l'induration et la gangrène.

La gangrène est l'indice assuré d'une mort imminente quand elle atteint des parotides acritiques et précoces dans leur apparition. Elle peut, au contraire, n'offrir aucun danger, si elle se manifeste sur des parotides tardives ou critiques: quant à l'induration, elle ne saurait guère, eu égard à la lenteur de sa marche, s'établir dans le cours d'une maladie aiguë; elle peut tout au plus avoir lieu après. Reste donc, comme modes

de terminaison véritablement importans à étudier, la résolution et la suppuration, qui ont de tout temps attiré l'attention des médecins.

Les uns, frappés du danger que présage l'éruption des parotides, et prenant l'effet pour la cause, ont cru pouvoir arrêter les progrès du mal en combattant le symptôme indice de sa gravité, et, dans ces vues, ont cherché à prévenir la formation de l'engorgement parotidien, puis à en obtenir la résolution par les moyens les plus actifs, notamment par l'emploi des frictions mercurielles. D'autres, s'appuyant sur les exemples de guérison précédée de la suppuration des tumeurs, n'ont rien négligé pour la produire, et out eu recours aux applications âcres et stimulantes les plus énergiques.

Ces deux manières d'agir me semblent devoir être désapprouvées toutes deux, d'abord comme ne pouvant que très difficilement conduire au but qu'on se propose d'atteindre, rien n'étant plus incertain que la possibilité d'obtenir à volonté la résolution ou la suppuration d'une parotide; ensuite parce que les moyens employés dans l'une ou l'autre intention exercent ordinairement sur la tumeur une action très propre à augmenter les inconvéniens des symptômes locaux, qu'il faut chercher à combattre par tous les moyens capables d'en modérer l'intensité. En effet, la gêne, la tension, le tiraillement, inséparables de la tuméfaction, vont souvent au point de rendre la déglutition impossible, la suffocation à craindre, et d'amener des congestions cérébrales très fâcheuses, surtout quand les deux côtés de la face sont affectés simultanément. Lors donc que les parotides se montreront avec le caractère inflammatoire qu'elles affectent ordinairement, on se hâtera de recourir aux applications topiques émollientes, aux cataplasmes, aux fomentations, que, suivant les cas, on pourrait faire précéder par l'apposition d'un nombre convenable de sangsues. De la sorte, on empêchera la suppuration de s'établir, ou au moins on diminuera son abondance, et l'on préviendra les accidens toujours très graves et quelquefois mortels qui peuvent en résulter, tels que l'ouverture de l'abcès dans le conduit auditif perforé par le pus, les décollemens des muscles, les dénudations occasionnées par ce liquide, les fusées par lesquelles il s'étend le long du cou, se fait jour dans l'œsophage ou la trachée-artère, et pénètre jus-

que dans la poitrine (J.-L. Petit, Plauque, Ravaton, etc.).

Si, malgré cela, la suppuration s'établit, il faudra, si elle est le produit de ce qu'on appelle un abcès chaud, lui donner promptement issue avec l'instrument tranchant; si, au contraire, elle est formée avec peine et lenteur, et qu'on ait lieu de la croire de mauvaise nature, comme la chose arrive souvent, d'après la remarque de Lancisi, l'application de la pierre à cautère sera préférable à l'emploi du bistouri. La gangrène survenant à une parotide se traite comme partout ailleurs, et l'induration chronique n'offre pas non plus, à ma connaissance, d'indication spéciale à remplir.

Lorsque, les parotides s'affaissant tout-à-coup, les symptômes de la maladie s'aggravent en même temps, cela, aux yeux de beaucoup de médecins, dénote une délitescence métastatique presque toujours fatale. Peut-on arrêter la tendance funeste des accidens et déterminer une révulsion salutaire, au moyen des excitans énergiques les plus propres à rappeler l'irritation disparue? Doit-on alors recourir à leur emploi? Il n'y a sans doute, dans des cas aussi graves, nul inconvénient à suivre ces vues thérapeutiques, sur l'efficacité desquelles on aurait cependant tort de beaucoup compter.

ROCHOUX.

RIVOLTI (A. D.). *Diss. de parotide.* Vienne, 1782, in-4°. Réimpres. dans Eyerel, *Diss. med.*, t. III, p. 258.

MARIOTTI (Annibal). *Dei parotidi nei mali acuti.* Pérouse, 1785, in 8°.

KLOSE (J.). *De parotibus.* Francfort, 1793, in 8°.

MAURICHEAU-BEAUCHAMP. *Des parotides dans les maladies aiguës.* Thèse. Montpellier, an XII, in-4°.

ELSAESSER (J. A.). *Diss. de natura parot dum malignarum in morbis acutis.* Tubinge, 1809, in-8°.

CHARRY (Matthieu). *Essai sur les parotides.* Thèse. Montpellier, 1809, in-4°.

HUPPERTZ. *Diss. de parotide.* Berlin, 1824, in-8°.

DUPLAY (A.). *Observations de parotides survenues dans le choléra.* Dans *Archiv. gén. de méd.* 1832, t. XXIX, p. 365.

Les articles suivans, qui comprennent l'angine parotidienne, se rapportent à la maladie décrite sous le nom d'*oreillons*, et que l'on expose communément avec les affections de la parotide.

LAGHI (T.). *Historia epidemicæ constitutionis in qua parotides seroso glutine tumentes redduntur, quæ anno 1753, Bononiæ contigit.* Dans *Comment. Bonon.*, t. v. p. 1, p. 117.

ROCHARD. *Description d'une maladie particulière des glandes, endémique de Belle-Isle-en-Mer.* Dans *Journ. de méd.*, 1754, t. VII, p. 379.

HAMILTON (Rob). *An account of a distemper... the mumps.* Dans *Trans. roy. soc. Edinb.*, 1790, t. II, p. 57.

BRENNECKE. *Diss. anginæ parotideæ descriptio pathologico-therapeutica.* Helmstadt, 1801, in-4°.

NOBLE (J.). *History of an endemic cynanche parotidea on board his Maj. Ship. Ardent.* Dans *Edinb. med. journ.*, 1808, t. IV, p. 304.

DUNCAN (Andr. Senior.). *Report... respecting the contagious epidemic Diseases* (*cynanche parotidea, pertussis et scarlatina anginosa*) *which have prevaled in that city* (Edimbourg) *and its Neighbourhood during the year* 1810. Dans *Edinb. med. journ.*, 1811, t. VII, p. 431.

HAMERSLEY. *Observations upon angina parotidea.* In *New-York, med. repository.* 1822. Juillet, p. 413.

Voyez, en outre, les traités généraux de Borsieri, P. Frank.

R. D.

§ III. TUMEURS DE LA PAROTIDE ET DE LA RÉGION PAROTIDIENNE. — La région parotidienne peut être le siége de tumeurs diverses. On y a rencontré des tumeurs mélicériques, lipomateuses, mélaniques, érectiles; on y a vu des engorgemens lymphatiques, qui sont cancéreux ou purement inflammatoires, et des cancers superficiels ou profonds; enfin, quelques anévrysmes spontanés ou traumatiques. La plupart de ces tumeurs ont ici la marche et les symptômes qu'elles présentent en d'autres parties du corps, et réclament aussi des traitemens analogues. Je ne m'occuperai donc, d'une manière spéciale, que de celles qui, par leur siége, demandent au chirurgien certaines opérations particulières. On devine que j'insisterai surtout sur le cancer de la parotide.

Parmi les tumeurs cancéreuses de la région parotidienne, il en est de superficielles et d'autres qui sont profondes. Les premières débutent le plus souvent par la peau, soit sous la forme d'un petit tubercule, soit sous celle d'une ulcération, et elles peuvent s'étendre en surface jusque sur la joue, en avant, ou jusqu'au tragus qui les limite en arrière. Leurs progrès en profondeur sont très lents, et il est toujours facile de les distinguer des autres tumeurs qui sont situées dans l'excavation parotidienne

Celles-ci, différentes de celles dont nous venons de parler, en ce qu'elles se développent derrière la toile cellulo-fibreuse qui entoure la parotide, n'appartiennent pas toutes à la glande elle-même. Sans doute, si l'on acceptait sans examen tous les faits cités comme des exemples de cancer de la parotide, leur nombre serait très considérable; mais on verra plus loin que beaucoup de ces observations sont trompeuses à cet égard. Richter avait déjà remarqué que la dégénérescence cancéreuse est rare dans les glandes salivaires, et quoique Meckel en ait réellement disséqué plusieurs cas, quoique nous-même nous en admettions un certain nombre parmi tous les faits cités, néanmoins, il faut reconnaître, avec M. Velpeau, que la plupart des cancers parotidiens appartiennent au tissu cellulofibreux qui enveloppe les lobules de la glande, ou à quelques ganglions lymphatiques situés dans la profondeur de celle-ci; en sorte que le plus souvent la parotide est refoulée, atrophiée, mais non réellement altérée dans son propre tissu.

Voici, du reste, les caractères que présente le squirrhe de la parotide. La tumeur est solidement fixée dans la région parotidienne; de là elle s'étend aux parties voisines, surtout vers le cou, qui présente le moins de résistance à son développement. Bientôt elle refoule en arrière et en haut le lobule de l'oreille, le dédouble, pour ainsi dire, et s'enveloppe d'une partie de la peau qui le forme; elle comprime le conduit auditif dans sa portion cartilagineuse, et contracte avec lui des adhérences plus ou moins intimes. La compression et l'aplatissement de ce conduit peuvent entraîner l'affaiblissement de l'ouïe. En avant, l'articulation temporo-maxillaire, ainsi que la branche de la mâchoire, sont immédiatement en rapport avec la tumeur; les mouvemens de ces parties sont plus ou moins gênés, et quelques malades peuvent à peine écarter les mâchoires: il peut y avoir aussi obstacle à la déglutition et à la respiration, par la compression exercée sur le pharynx et les gros troncs vasculaires et nerveux situés vers la partie profonde de la tumeur. Enfin, ajoutez que, dès le début, cette tumeur est peu mobile, que sa base s'enfonce dans l'échancrure parotidienne et se trouve comme enclavée entre les saillies osseuses de la région.

Un grand nombre de filets nerveux traversant la glande malade, la compression ou même la dégénérescence qu'ils éprou-

vent expliquent certaines douleurs vives, la contraction ou la paralysie des muscles de la face qui se montrent quelquefois.

Par la réunion de ces caractères, on pourra reconnaître, en général, si l'on a affaire à ce que l'on nomme un squirrhe de la parotide. Mais il sera bien difficile de déterminer 1° si le cancer est squirrheux, proprement dit, ou encéphaloïde; 2° si la tumeur a débuté par la face externe de la glande, ou par sa partie profonde; 3° jusqu'à quelle limite précise elle pénètre profondément. Disons cependant que la forme encéphaloïde est beaucoup moins fréquente dans la parotide que la squirrheuse; que la mobilité de la tumeur, plusieurs fois observée dans la première période du développement, doit faire penser plutôt que le mal a débuté par les couches superficielles. Quant au dernier point, le volume de la masse, sa fixité, la gêne de la déglutition, la paralysie de la face, peuvent indiquer qu'elle pénètre très profondément; mais on ne saurait, avant l'opération, déterminer au juste le point où elle s'arrête.

On peut être incertain pour décider si le mal a débuté par la glande ou dans un des os voisins, par exemple, dans la branche de l'os maxillaire. Il y a en effet des tumeurs de cette portion de l'os qui s'étendent dans la région parotidienne. Il faut s'enquérir alors du point précis où a commencé la tuméfaction, et examiner attentivement la branche maxillaire à l'extérieur et par la bouche. Il faut également tenir compte du plus ou moins de difficulté au début, dans les mouvemens de la mastication; on recherchera aussi si les mouvemens de la mâchoire entraînent le déplacement total de la tumeur. Si des lames osseuses existaient à la surface de la masse morbide, il n'y aurait aucun doute sur l'affection de l'os.

Pourrait-on confondre des tumeurs cancéreuses de la parotide avec un anévrysme spontané de la carotide externe ou de quelques-unes de ses branches ? On sait combien de tels anévrysmes sont rares : leur position permettrait d'y reconnaître des bruits de souffle ou des battemens susceptibles d'être arrêtés par une compression du tronc carotidien; mais aussi des tumeurs cancéreuses pourraient y présenter, à un degré variable, ces deux derniers signes, à cause du voisinage d'artères nombreuses et considérables, et peut-être, en certains cas, le diagnostic serait-il difficile.

Le squirrhe de la parotide peut exister pendant plusieurs années sans qu'il en résulte de graves accidens pour le malade; et il est digne de remarque que le cancer de cette région paraît être plus bénin que ceux que l'on voit ailleurs : cependant, si la maladie est abandonnée à elle-même, elle fait de continuels progrès, et tôt ou tard finit par entraîner la mort. Les remèdes internes ou externes seront insuffisans ici, comme pour les autres tumeurs cancéreuses, et le chirurgien se trouve dans la nécessité de pratiquer une opération redoutable qui consiste à enlever la totalité de la maladie. Ce n'est pas que d'autres moyens n'aient été proposés. Effrayés du danger qu'entraîne une telle opération, des chirurgiens ont essayé des traitemens plus simples.

1° Ainsi M. Bégin dit être parvenu à faire diminuer ou même disparaître des tumeurs squirrheuses de la parotide, au moyen de la compression. Mais il est douteux qu'on ait réellement obtenu ce résultat; probablement on n'avait affaire alors qu'à des engorgemens non cancéreux, ou bien la tumeur, au lieu de diminuer, n'a fait que s'enfoncer plus profondément dans le creux de l'excavation parotidienne.

2° La ligature de la tumeur, précédée d'une incision de la peau, que l'on dissèque jusqu'à sa circonférence, afin d'étreindre la base à l'aide d'un ou de plusieurs liens, serait encore un moyen infidèle, malgré les éloges de Roonhuysen, le succès de Sabatier, et les succès plus récens de M. Mayor. Si ce traitement a réussi, en effet, a débarrasser des malades de tumeurs parotidiennes, celles-ci étaient superficielles ou de simples engorgemens lymphatiques. Toutefois, nous verrons plus loin que la ligature est avantageuse après l'ablation de la presque totalité de la tumeur, et lorsqu'il ne reste plus qu'un pédicule cancéreux au fond de la plaie.

3° Les caustiques ne pourraient détruire une tumeur de la glande parotide. Suffisans contre un cancer superficiel, ils ne le sont plus pour celui qui s'enfonce dans l'échancrure où est logée la glande, quoiqu'en aient dit Chopart et Desault; car, pour agir efficacement, il faudrait les employer avec une énergie que ne permet point le voisinage d'organes très importans.

4° Enfin, on doit rejeter également la ligature de la carotide primitive, pratiquée dans le but d'amener l'atrophie de la tu-

meur. Si on a obtenu plusieurs fois ce résultat, comme le rapporte Kyll (*Diss. de indur. et extirp. glandulæ parotidis*; Bonn, 1822), c'est que la maladie n'était point de nature cancéreuse.

La seule opération qui soit convenable est donc l'extirpation de la tumeur; et, attendu que celle-ci peut être située très profondément, qu'elle peut, en certains cas, rares à la vérité, avoir envahi la totalité de la glande parotide, il y a une première question préalable à examiner, savoir : est-il possible de pratiquer l'ablation entière de la glande parotide, et cette opération doit-elle être conseillée?

Ce point de chirurgie a été le sujet d'un grand nombre de discussions. L'opération dont il s'agit ici, autrefois regardée comme simple et facile, a paru si grave à quelques écrivains modernes du plus haut mérite, qu'ils n'ont pas hésité à la proscrire. Ils s'appuient sur deux ordres de motifs : d'abord, ils rappellent la profondeur à laquelle pénètre la glande dans une sorte de loge osseuse formée en avant par le condyle et le bord postérieur de la mâchoire, en arrière, par l'apophyse mastoïde, en haut, par le conduit auditif externe, loge limitée profondément et en dedans par l'apophyse styloïde, au-delà de laquelle même, et en la contournant, pénètre quelquefois le sommet de l'organe. L'enclavement de la glande entre ces parties est tel, dit Burns, qu'il est impossible de l'enlever; et ce qui le prouve, c'est que, si on fait une injection de mercure par le canal de Sténon, la dissection la plus minutieuse ne peut détacher la parotide sans que le métal ne s'échappe par une foule de points attaqués par le bistouri. — Dans le cas même où l'opération serait possible physiquement, il y aurait danger à la faire, à cause des parties importantes qui traversent la glande ou l'avoisinent. Richter, Richerand et Boyer font valoir le nombre considérable d'artères volumineuses qu'il faudrait diviser, et entre autres la lésion de la carotide externe, qui amènerait une perte de sang capable de compromettre immédiatement la vie de l'opéré; et enfin, on fait remarquer qu'il faut couper le tronc du nerf facial, des branches de la cinquième paire et du plexus cervical : peut-être même le pneumogastrique, le glosso-pharyngien, l'hypoglosse et le spinal seront-ils exposés dans l'opération.

En second lieu, les mêmes écrivains, examinant avec soin plusieurs des observations où le chirurgien croit avoir emporté la glande en totalité, démontrent que très souvent l'ablation a été bornée à une partie de la parotide, que le volume de la masse enlevée a pu faire croire à une extirpation complète, mais qu'en réalité la partie profonde de l'organe, ou bien lui-même, comprimé et amoindri, a dû rester au fond de la plaie.

Fondés sur ces considérations, des chirurgiens modernes ont donc pensé que l'extirpation entière de la parotide ne devait pas entrer dans le cadre des opérations.

On peut faire trois réponses à ces différentes objections: 1° l'accident le plus redouté, celui d'une hémorrhagie capable de compromettre immédiatement ou secondairement les jours du malade, n'est pas au-dessus des ressources de l'art; l'expérience a fait voir qu'on peut, pendant l'opération, se rendre maître du sang, en liant successivement les vaisseaux divisés; et, d'ailleurs, on pourrait couper court à tout danger à cet égard, en liant préalablement la carotide primitive. 2° De la lésion des nerfs il ne doit résulter aucun autre accident que la paralysie des parties auxquelles ils se distribuent, et on n'est jamais obligé d'intéresser les nerfs glosso-pharyngien, pneumogastrique, etc. 3° Il est vrai que beaucoup d'observations données comme des exemples d'une ablation complète de la parotide ne méritent nullement cette désignation, mais néanmoins, il en est un certain nombre où réellement la glande fut entièrement enlevée. Le meilleur moyen de le démontrer serait d'analyser tous les faits qui ont été jusqu'ici publiés. Dans cet ouvrage, je ne saurais me livrer à un tel travail: je vais seulement présenter le résumé de ce que l'on trouvera plus amplement dans ma thèse pour le concours de médecine opératoire.

J'ai rassemblé cinquante - deux observations d'opérations faites sur des tumeurs parotidiennes. Je les divise en cinq catégories.

La *première* comprend les faits de Bernt, Kalschmied, Acrel, Warren père, Warren fils, David Herel, et un fait anonyme rapporté dans le *Commercium litterarium* (Iéna, an. 1733, p. 61). Ces sept observations sont sans valeur, faute de détails. — Je place dans la *seconde catégorie* des cas où la tumeur recouvrait

la glande parotide, mais ne s'avançait que peu ou point dans l'échancrure parotidienne. Ce sont: un de Alix, un de Pamard, deux de Moulinié, un de Soucrampes, Palfin, Weinhold, Burgraw. — *Troisième catégorie.* J'y range les cas où la tumeur occupait l'échancrure parotidienne, et où il y eut ablation, soit probable, soit certaine, d'une partie de la parotide : ils appartiennent à Lacoste, Hecker, Bouhier, Chelius, Nœgelé, Prieger, Stedman, Foutheim, Goyrand (deux cas), Kleiu, Ansiaux fils, Degland, Goodlad, Eulemberg, Albino-Magri, Pamard, Cordes, Roux, Siebold père, Bramberg (trois cas). — *Quatrième catégorie.* La glande a probablement été enlevée en totalité : faits de Warren, Kirby, Widmer, Mac-Clelan, Prieger, Raymond, Carmichaël, Gensoul. — *Cinquième catégorie.* La glande a certainement été enlevée en entier. Faits de Randolph, Smith, Lisfranc, Gensoul, Béclard, un de Braamberg.

Pour connaître toutes ces observations, j'ai remonté à la source, autant que cela a été possible, et voici les bases d'après lesquelles je les ai classées. L'engorgement des ganglions lymphatiques qui recouvrent la parotide produit une tumeur qui comprime la glande, l'atrophie et l'enfonce de plus en plus derrière la mâchoire. Après l'ablation de ces ganglions, on voit une excavation profonde qui semble avoir pour limites les parois mêmes de l'échancrure parotidienne; mais la glande reste au fond de la plaie, et, conséquemment, la dénudation de l'apophyse mastoïde, de la branche de la mâchoire, des bords des muscles masséter, ptérygoïdien, sterno-mastoïdien, ne prouve nullement que la parotide a été enlevée en totalité. Il n'en est plus de même de la dénudation de l'apophyse styloïde et de ses muscles, de l'artère carotide interne et de la veine jugulaire interne; en effet, si aplatie que soit la glande, elle a toujours assez d'épaisseur pour masquer ces organes qui occupent le fond de l'échancrure parotidienne, et sur lesquelles elle est immédiatement appliquée. — En troisième lieu, la paralysie de tous les muscles de la face, indiquant la section du tronc du nerf facial, prouve que la glande, traversée par lui, a été extirpée, sinon entière, au moins en grande partie. Enfin l'ouverture d'artères nombreuses, et en particulier celle de la maxillaire interne, de l'auriculaire postérieure, de l'occipitale, et surtout de la ca-

rotide externe, est encore un moyen de conclure à l'extirpation complète; mais, cependant, si l'on songe que certaines altérations, bien que siégeant dans la couche superficielle, peuvent provoquer un accroissement considérable de la vascularité de la région, tandis qu'une tumeur de nature différente, et située dans l'échancrure parotidienne, peut, au contraire, déterminer l'oblitération de la plupart des vaisseaux qu'elle renferme, et qu'enfin, par inhabileté, le chirurgien peut blesser des artères dont la lésion aurait pu être évitée, on admettra que ce dernier élément du jugement a moins de valeur que les précédens.

Si, après l'opération, il survient une fistule salivaire dans le lieu de la plaie, il y a tout lieu de croire, en supposant que la glande sous-maxillaire ait été respectée, qu'il n'y a pas eu ablation entière de la parotide.

Or, en tenant compte de toutes les circonstances ci-dessus énoncées, je pense, après un examen détaillé et attentif, que tous les faits rangés dans la cinquième catégorie sont des exemples d'une extirpation complète de la glande parotide. La question que je voulais examiner est donc ainsi résolue.

Mais la saine pratique demande à considérer ce point de chirurgie d'une autre manière. L'important n'est pas de savoir si, dans tous les cas, on a enlevé entièrement la glande; depuis que l'attention s'est fixée sur les dégénérescences organiques, et qu'on a bien reconnu que le cancer de la parotide attaque beaucoup plus souvent le tissu fibro-cellulaire ou les ganglions de l'organe que le tissu glanduleux, proprement dit, on doit admettre que la présence d'une tumeur cancéreuse, même au sein de la parotide, n'entraîne pas nécessairement la dégénérescence entière de celle-ci. Ce qu'il faut, en conséquence, c'est retrancher de la région ou de la glande malade tout ce qui est malade, sans s'inquiéter de quelques prolongemens sains qui seraient trop profonds, et dont la recherche et l'extirpation serait imprudente. Cependant aussi, on aurait tort de regarder comme inutile la discussion à laquelle je me suis livré plus haut; car le chirurgien ne pouvant souvent décider au juste, et à l'avance, jusqu'où s'étend le mal, et jusqu'où doit porter son instrument, on peut se trouver obligé à pénétrer très profondément, et jusqu'aux limites de la glande; et alors une semblable opé-

ration n'est indiquée que grâce à la possibilité reconnue d'une ablation complète et entière de la parotide. Évidemment, la chirurgie a beaucoup gagné à la connaissance de ce dernier fait. Lorsqu'on se décide à enlever une tumeur profonde de la région parotidienne, il faut agir comme si on devait enlever la glande en totalité : si le besoin ne s'en fait pas sentir pendant l'opération, celle-ci devient moins grave ; mais, au moins, on débarrasse le malade de tumeurs qui, dans la conduite des adversaires de l'opération, seraient abandonnées à leurs funestes progrès.

Après avoir ainsi résolu ces diverses questions, je vais tracer en peu de mots les indications et les contre-indications de l'opération : que la tumeur soit mobile ou ne le soit pas, qu'il y ait doute pour savoir si elle est en dehors de la glande, ou en partie dans son épaisseur, qu'on ignore précisément si la dégénérescence est squirrheuse ou encéphaloïde, dans tous ces cas, il faut opérer, du moment que la maladie fait des progrès ; et même on fera bien de ne pas trop attendre, car à la longue la tumeur s'enfonce de plus en plus dans l'échancrure, et son ablation en devient plus difficile. On doit admettre certains cas où la tumeur a ses racines si avant sur les côtés du pharynx et au voisinage de l'artère carotide interne, qu'il y a peu d'espoir d'enlever tout le mal ; certains cas aussi où la dégénérescence, étant de nature encéphaloïde, a pu pénétrer dans les grosses veines profondes, ainsi que je l'ai vu une fois avec mon frère, pour la jugulaire interne, complication qui serait très fâcheuse ; mais malheureusement il est presque impossible au chirurgien de s'assurer à l'avance de ces deux circonstances, et on ne peut guère les reconnaître que pendant l'opération. Cependant, si, comme Burns en rapporte un exemple, on pouvait sentir la tumeur dans la bouche, à travers la paroi du pharynx, on devrait s'abstenir, dans la crainte de ne pouvoir achever une opération commencée. Disons toutefois, que dans tous les faits que j'ai pu recueillir, on ne voit point l'opérateur réduit à cette dernière extrémité ; que la forme encéphaloïde a été rarement observée dans la région parotidienne, et qu'enfin, ce qui indiquerait une différence entre ce cancer et celui des autres régions du corps, la récidive paraît y être moins fréquente qu'ailleurs.

Avant de procéder à l'opération, convient-il de pratiquer

la ligature de l'artère carotide primitive? Cette ligature serait le moyen de prévenir l'accident qui paraît avoir le plus effrayé les adversaires de l'opération, c'est-à-dire l'hémorrhagie; et, comme constamment il doit y avoir division de la temporale, de l'auriculaire postérieure, de la maxillaire interne, ou de quelques-unes de ses branches, quelquefois de l'occipitale, et très fréquemment de la carotide externe, on comprend, en effet, la crainte légitime d'une hémorrhagie très considérable. Aussi plusieurs opérateurs ont-ils fait préalablement la ligature du tronc carotidien. Cette pratique doit être blâmée, si on veut la donner comme une règle générale. Voici pourquoi: d'abord, la ligature en question est loin d'être innocente en elle-même, et elle augmente considérablement la durée de l'opération; dans un cas, M. Roux y employa quinze minutes, et une autre fois Stedman cinquante-cinq minutes, ce qui ne permit d'achever la manœuvre entière qu'en une heure quarante-trois minutes. Ensuite, examinez les résultats de ceux qui se sont abstenus de cette ligature préalable, et vous verrez que jamais, lorsque le chirurgien était expérimenté, il ne s'est trouvé dans l'impossibilité d'arrêter l'hémorrhagie. Sur chaque artère ouverte on peut placer un fil; que même la carotide externe soit divisée, on peut la saisir, soit au fond de la plaie, soit en agrandissant celle-ci par en bas, et au moyen d'une compression momentanée exercée sur la carotide primitive, on a le temps d'arrêter définitivement la perte de sang. Je ne voudrais pas cependant proscrire d'une manière absolue la ligature préalable du tronc carotidien, il peut y avoir des cas où la tumeur volumineuse, fixe et très profonde, s'étende si loin du côté du pharynx, qu'il y ait crainte d'intéresser la carotide interne, blessure qui ne paraît pas toutefois s'être jamais présentée, et alors on aurait à regretter de n'avoir pas suivi la conduite de Goodlad. Mais de tels cas seront très rares, et je pense que ce n'est qu'exceptionnellement qu'on devra se conformer à cette conduite. Le chirurgien devra s'y décider d'après l'aspect et la profondeur présumée de la tumeur. D'ailleurs, si on était obligé d'avoir recours à ce moyen, il vaudrait beaucoup mieux, au lieu de lier le tronc carotidien, se contenter de le découvrir, pour passer dessous un fil qui ne serait serré qu'au moment où le besoin s'en ferait sentir. Cette seconde manière de faire, mise en pratique par

MM. Carmichaël et Roux, serait bien préférable à la première.

Manuel opératoire. — L'extirpation de la parotide est une opération généralement difficile, et ses difficultés résultent de la nécessité de faire agir les instrumens dans une cavité étroite et profonde, parcourue par un grand nombre de vaisseaux importans dont les branches traversent la glande avant de sortir de la région, et fixent, pour ainsi dire, la tumeur dans la place qu'elle occupe. Les nerfs qui s'introduisent dans la glande contribuent à rendre plus forte l'adhérence de sa partie profonde, et la toile cellulo-fibreuse qui l'enveloppe en entier et la pénètre par ses prolongemens, est encore intimement unie à chacun des organes qui limitent la région parotidienne. De plus, la manœuvre n'est point de celles dont les règles puissent être invariablement tracées pour tous les cas, et elle ne saurait être convenablement simulée sur le cadavre. Chaque cas particulier présente des modifications obligées, et dans l'impuissance où il est de les prévoir, le chirurgien doit trouver en lui les moyens d'y faire face, à mesure que l'indication se présente pendant l'opération.

Les instrumens nécessaires sont des bistouris droits et convexes, un bistouri boutonné, un scalpel dont le manche mince et aplati servira à détacher les adhérences de la tumeur aux parties qu'il est important de ménager, des pinces à ligature ordinaires, des pinces à torsion, les pinces de M. Colombat, ou celles de M. le professeur Cloquet, pour porter une ligature dans les parties profondes, un tenaculum, plusieurs aiguilles courbes enfilées de fils cirés, des érignes, des ciseaux courbes et droits. On se munira de quelque liqueur styptique ou de poudres astringentes qui pourront devenir nécessaires pour arrêter l'hémorrhagie après l'opération; dans le même but, on tiendra prêts des cautères rougis à blanc, de diverses formes; et enfin des éponges, des bassins seront préparés comme pour toutes les grandes opérations.

Le malade sera couché sur une table étroite et convenablement placée; la position assise pour le malade, quoique plusieurs fois employée par les opérateurs, est moins avantageuse parce qu'elle expose à des syncopes le patient qui doit subir une opération longue et douloureuse. Chelius veut que pendant toute la durée de l'opération, on fasse tomber dans la plaie un filet d'eau froide, afin de balayer le sang et de

faciliter la recherche des vaisseaux divisés; mais ce précepte doit être plus nuisible qu'utile. Les aides seront disposés avec ordre : l'un d'eux, très exercé, sera chargé de comprimer la carotide primitive, si le besoin s'en fait sentir pendant l'opération.

Pour commencer celle-ci, le chirurgien se tient du côté malade, ou plutôt toujours à droite, même lorsqu'il faut opérer à gauche : car, suivant la remarque de M. Gensoul, il est plus facile d'opérer ainsi avec aisance. — *Premier temps.* — On incise la peau : une seule incision verticale, et dirigée dans le sens du plus grand diamètre de la tumeur, ou une incision courbe, semblable à celles que préfère M. Velpeau, suffit pour les cas où la peau est saine et la masse morbide peu volumineuse. Dans le cas contraire, on choisit entre une double incision elliptique, ou cruciale, ou en T. Il serait inutile de chercher à faire un pli à la peau avant d'inciser. — *Deuxième temps.* — On découvre toute la surface de la tumeur en détachant les adhérences qui l'unissent à la peau; et celle-ci écartée, on dissèque la partie profonde, en portant la tumeur du côté opposé à celui où agit le bistouri. Pour renverser ainsi la tumeur, on peut se servir d'érignes ou de pinces de Museux : Vebard, Acrel et Soucrampes ont traversé la masse avec un fil dont l'anse restait implantée dans son épaisseur; mais, tant que le volume de la tumeur le permet, il vaut mieux se servir uniquement de ses doigts, surtout si le tissu est mou et friable. — *Troisième temps.* — La difficulté commence avec la dissection de la partie profonde; et c'est ici que chaque chirurgien improvise les règles de sa conduite. Souvent on a commencé à disséquer par en haut ou par en bas, ou en d'autres sens, ou enfin on a marché indistinctement d'un point à l'autre de la tumeur. Il est cependant possible d'indiquer une marche qui offre certains avantages. Voici celle que je propose. On commencera par isoler, avec le bistouri, le côté antérieur de la masse morbide, et à le détacher du muscle masséter, jusque vers le bord postérieur de la mâchoire; chaque vaisseau divisé sera lié au fur et à mesure qu'il donnera du sang, et on passera ensuite à la dissection du bord postérieur de la glande qui touche au muscle sterno-mastoïdien, liant encore les branches de l'auriculaire et de l'occipitale qui seraient ouvertes. Alors, la tumeur ne tient plus que par sa partie

moyenne, qui est précisément le point où se trouvent réunis les vaisseaux les plus importans; et il faut, à mon avis, l'attaquer de bas en haut. Agissant ainsi, on est sûr, si on lie les vaisseaux à mesure qu'ils sont divisés, de ne lier qu'une fois chacun d'eux, puisqu'on les ouvre dans leur partie la plus inférieure; on prévient, en outre, par la ligature du tronc principal, les hémorrhagies successives qui résulteraient de chacune de ses branches, et qu'il faudrait autrement arrêter en détail: et enfin on aperçoit mieux les parties sur lesquelles doit porter l'instrument, car le sang s'écoule naturellement vers l'angle inférieur de la plaie. Une raison encore qui prouve en faveur de ce précepte, c'est que les chirurgiens qui, comme Gensoul, ont, sans le vouloir, divisé et lié la carotide externe, dès le commencement de l'opération, dans l'angle inférieur de la plaie, ont pu terminer la manœuvre avec plus d'aisance et de facilité.

Si, arrivé dans le fond de la plaie, on s'aperçoit que la carotide externe, enveloppée par les tissus malades, doit être inévitablement ouverte, de suite, et avant sa lésion, on passera sous elle un fil double, à l'endroit où elle s'engage dans la tumeur; on fera deux ligatures à quelques millimètres l'une de l'autre; on coupera l'artère entre les deux, et on achèvera de détacher la masse de bas en haut, jusqu'au niveau de l'artère temporale. Celle-ci ouverte, on la liera encore, pour prévenir le retour du sang, par le bout supérieur. On peut ouvrir la veine jugulaire externe, ainsi que cela est arrivé à Warren, Carmichaël, Goyrand et à d'autres; alors, à l'exemple de mon frère, on fera comprimer exactement le bout inférieur de ce vaisseau, pour prévenir l'entrée de l'air dans son intérieur.

Dans toute cette dissection laborieuse et pénible, il faut savoir se servir, tantôt du bistouri, tantôt d'un manche de scalpel ou d'une spatule. Par ce second moyen, on évite mieux les vaisseaux, et on peut parfois les dégager des tissus malades. Si, par bonheur, la tumeur était enkystée, il serait possible de l'énucléer ainsi dans presque toute son étendue. Mais comme le plus souvent le bistouri devient nécessaire pour couper des parties dures, il faut, suivant le conseil des auteurs, tourner le tranchant de la lame vers la glande plutôt que vers les vaisseaux. On reviendra plus tard sur les petites

portions malades qui auraient échappé à l'instrument. A chaque instant le doigt indicateur sera porté au fond de la plaie, pour faire connaître les battemens artériels, et on évitera d'y diriger le bistouri. Néanmoins, la carotide externe est ouverte: alors l'aide, chargé de ce soin, comprime à l'instant le tronc carotidien, et l'opérateur va lier le vaisseau divisé au fond de la plaie ou en agrandissant celle-ci par en bas. Warren, Hendricks et autres n'ont pas agi autrement, et ont eu à se louer de cette pratique. Mais on comprend combien il a été indispensable de disposer un aide habile pour exercer momentanément cette compression; si on y avait manqué, l'embarras serait grand, car les flots de sang arrivent en abondance et troublent l'opérateur. C'est dans un tel cas que des chirurgiens ont fortement tamponné la plaie pour arrêter l'hémorrhagie, et ont terminé brusquement l'opération : il faudrait bien plutôt imiter Béclard, et agir de la manière suivante : porter immédiatement l'indicateur gauche sur le point d'où jaillit le sang, saisir et soulever le vaisseau avec une pince au-dessous de son ouverture, puis passer une aiguille courbe armée d'un fil qui sera serré par un aide.

Je suppose que la glande est presque entièrement détachée; mais la tumeur tient encore par un pédicule qui s'enfonce dans la partie la plus reculée de l'échancrure. On devra se garder de couper le pédicule avec un bistouri ou des ciseaux, car des vaisseaux considérables peuvent y être contenus, lesquels donnent une hémorrhagie très difficile à arrêter. M. Bégin raconte que, ayant ainsi coupé ce pédicule, il y eut à l'instant un fort jet de sang, qu'on ne put arrêter par la ligature, à cause de la rétraction de l'artère, et qui ne céda qu'à une compression énergique et douloureuse. Malgré l'objection de Braamberg, et, comme le disent Murat, MM. Bégin et Velpeau, il faut alors lier ce prolongement, et couper par-dessous l'anse de fil.

Après l'ablation de la tumeur, on examinera attentivement sa surface extérieure, afin de s'assurer si quelques-uns de ses prolongemens sont restés dans la plaie. On explorera aussi la région opérée dans tous les sens; et avec les doigts, les ongles ou des instrumens mousses, on s'efforcera de détacher les parties malades qui auraient échappé à l'extirpation. On peut être dans la nécessité d'emporter une partie du car-

tilage de l'oreille, parce que la dégénérescence l'a envahi.

Le chirurgien doit se rappeler que le tissu encéphaloïde se déchire avec facilité, et par conséquent, pour cette forme de l'affection, il ne faudra pas exercer sur la tumeur de trop grandes tractions dans le but de la dégager et de l'extraire. La pratique de Béclard, qui a d'abord coupé la moitié externe de la tumeur, pour s'occuper ensuite de sa partie profonde, outre qu'elle est peu avantageuse et moins commode, doit à plus forte raison être rejetée pour les cancers encéphaloïdes, car ceux-ci, divisés dans leur épaisseur, pourraient donner une hémorrhagie venant du sein même du tissu malade.

Dans ce temps de l'opération, on a dû nécessairement couper le tronc du nerf facial, toutes les fois qu'on a enlevé la parotide entière ou presque entière. Cette nécessité est telle, que je regarde la paralysie de la face, si elle n'existait point avant l'opération, comme une suite obligée de l'extirpation complète; par conséquent, je ne saurais adopter l'opinion de M. Nœgelé, qui, bien à tort certainement, croit qu'il est possible, dans la dissection, de ménager la septième paire.

Quatrième temps. — L'on n'a plus qu'à arrêter l'hémorrhagie qui pourrait encore se présenter par quelque point de la plaie. Si la manœuvre a été bien conduite, cet écoulement de sang sera peu considérable, puisque toutes les artères divisées ont été liées; mais enfin le sang peut venir de la veine jugulaire externe, ou même de l'interne, ou bien s'écouler en nappe de petits rameaux divisés. Une compression modérée suffira dans cette circonstance. Il est inutile de faire remarquer que je ne la conseille que pour ce cas; car évidemment on ne saurait se reposer sur elle du soin entier de suspendre l'hémorrhagie, en l'absence de ligatures, ainsi que plusieurs chirurgiens, et Heister, entre autres, l'ont tenté. Alors la compression serait trop pénible, trop douloureuse, et infidèle comme moyen hémostatique unique, à moins toutefois que, par une disposition difficile à expliquer, mais qui s'est offerte, les troncs ne donnassent point de sang. La cautérisation avec le fer chauffé à blanc devra être employée avec une extrême réserve, pour arrêter l'hémorrhagie, ou bien pour désorganiser des parties suspectes. On évitera de l'appliquer sur les os de la base du crâne ou dans le fond de

l'échancrure ; car on aurait à craindre, dans le premier cas, le développement d'accidens cérébraux, et, dans le second, la lésion de la carotide interne ou des troncs nerveux situés au fond de la plaie.

J'ai décrit la manœuvre opératoire telle qu'elle devra être faite pour les cas les plus difficiles. Ai-je besoin de rappeler qu'au début de l'opération le chirurgien ignore souvent ce qu'il doit rencontrer, et que les difficultés varieront considérablement. Si, chemin faisant, on reconnaît que la tumeur est située en dehors de l'enveloppe de la glande, et que celle-ci n'est que refoulée, il y a peu d'artères à ouvrir, et on peut épargner une grande partie des filets du nerf facial. Que la maladie réside dans les ganglions placés entre la glande et son enveloppe, qu'elle ait son siége dans les ganglions intra-parotidiens, la gravité augmente; mais elle est grande surtout si le mal a envahi le tissu glanduleux lui-même. Pour se faire idée des difficultés que l'opérateur doit rencontrer en ce dernier cas, il suffit de dire que Stedman, Béclard, Hindricks et Carmichaël, ont employé plus d'une heure avant de terminer l'opération.

Lorsque la plaie a peu d'étendue, lorsque la peau n'a pas éprouvé de perte de. substance, on pourra réunir, au moyen de la suture entortillée ou enchevillée, en laissant en bas une partie ouverte par où s'écouleront les liquides. Ce dernier soin est très utile, et pour ne l'avoir pas rempli, M. Fontheim a vu le sang s'accumuler dans la plaie et soulever les lambeaux, au point de nécessiter l'enlèvement des sutures. Les bandelettes agglutinatives seront d'un faible secours pour aider la réunion primitive, à cause, remarque judicieusement M. Mayor, de la difficulté de les appliquer convenablement dans la région. Mais si la plaie est vaste, s'il y a perte de substance à la peau, la suture ne saurait être employée qu'aux angles des lambeaux, et uniquement pour tenir rapprochées des parties dont l'écartement causerait une difformité considérable. En même temps, on placera de la charpie au fond de la plaie, et on se conduira comme pour les plaies qui doivent suppurer.

Plusieurs accidens peuvent se manifester pendant l'opération. La syncope a surtout été observée lorsqu'on opérait le malade assis, aussi avons-nous conseillé de le coucher sur

un lit. Les fortes tractions sur la tumeur produisent parfois des douleurs excessives, et provoquent une agitation extrême et même des convulsions ; alors il faut suspendre les tractions, ou mieux, si l'on aperçoit les nerfs dont les tiraillemens occasionnent de pareils accidens, et ce sont des rameaux de la cinquième paire ou du plexus cervical, on les coupera immédiatement au-dessous du point où ils pénètrent dans la tumeur. Quelques individus sont tourmentés par un besoin fréquent d'avaler; ce symptôme, qui s'explique par la situation de la tumeur au voisinage du pharynx, n'offre rien de grave, et ne réclame aucun traitement. L'un des opérés se crut affecté de tétanos, mais l'accident ne parut pas, et n'a, d'ailleurs, jamais été observé.

Pendant les premiers jours qui suivent l'opération, les mouvemens de la déglutition sont ordinairement douloureux : chez un malade opéré par M. Macclelan, on fut même obligé de se servir d'une sonde œsophagienne pour porter des boissons dans l'estomac. Une toux fatigante, de la gêne à respirer, survenues d'abord, ne tardent pas à disparaître. Il en est de même de quelques phénomènes nerveux qui se montrent parfois, tels qu'une légère surdité et des douleurs propagées à la région dentaire. L'érysipèle phlegmoneux, heureusement plus rare, est beaucoup plus grave. Dans le cas opéré par Béclard, le seul, à ma connaissance, où cet érysipèle ait été observé, les désordres extérieurs s'étaient prononcés vers la nuque, et étaient d'ailleurs conjurés lorsque le malade succomba à d'autres accidens survenus du côté de l'encéphale. Cet opéré est le seul aussi qui ait éprouvé des troubles aussi graves dans les centres nerveux; chez les autres, il n'y avait que des douleurs de tête, de l'insomnie ou un délire passager.

L'hémorrhagie secondaire est un des accidens consécutifs les plus fâcheux, et, pour en être à l'abri, il ne suffit pas d'avoir lié tous les vaisseaux qui donnaient du sang; car, pendant l'opération, une artère coupée peut se rétracter, cesser d'abord de laisser couler le sang, échapper aux recherches du chirurgien, et ne donner lieu à l'hémorrhagie que plusieurs heures ou même plusieurs jours après l'opération. Si cet accident avait lieu de bonne heure, on devrait dépanser le malade, mettre la plaie à découvert, et essayer de porter

un fil sur le vaisseau ; Magri a été assez heureux pour obtenir, malgré cette complication, une réunion primitive. Mais on n'a pu lier le vaisseau, ou bien l'hémorrhagie survient de nouveau. Alors la cautérisation avec le fer chauffé à blanc me paraît un mauvais moyen, parce qu'il faudrait le porter au fond de la plaie, d'où vient ordinairement cette hémorrhagie secondaire, et je préfère le tamponnement et la compression. Celle-ci, malgré la douleur que détermine le tamponnement dans une région enflammée, et malgré les nerfs nombreux qui se trouvent dans la région, est assez bien supportée et agit avec assez d'efficacité pour arrêter l'écoulement de sang. Seulement il faut avoir soin de la renouveler de temps en temps, parce qu'elle se relâche promptement, comme on le voit par les observations de M. Goyrand.

Quelles sont les données de l'expérience sur le résultat de l'extirpation de la parotide. A l'exception du cas sans valeur mentionné dans le *Commercium litterarium*, année **1733**, où le malade mourut d'hémorrhagie entre les mains d'un charlatan, on n'a jamais vu d'accidens primitifs assez graves pour amener immédiatement la mort. Un petit nombre de malades a succombé plus tard à des accidens consécutifs. Un malade de M. Roux mourut d'une péritonite ; un de M. Moulinié d'une affection qui parut étrangère à l'opération, et sur laquelle le chirurgien ne s'explique pas ; un opéré de M. Nægelé, et un autre de M. Lisfranc, qui succombèrent également, avaient éprouvé des troubles graves du côté du tube intestinal ; l'un des malades de M. Gensoul était guéri depuis plusieurs mois, lorsqu'il mourut encore avec une lésion intestinale. Le seul individu dont la mort ait été le résultat bien évident de complications occasionnées par l'opération est celui de Béclard, et encore touchait-il au terme de la guérison quand ces complications se développèrent. D'un autre côté, chez le plus grand nombre des malades il y eut guérison, et fréquemment la plaie était cicatrisée en trois semaines ou un mois. Quant aux récidives, en examinant les observations publiées, on est forcé d'admettre : ou que la plupart des opérations pratiquées l'ont été pour des tumeurs non cancéreuses, ou que le cancer de cette région est moins sujet à récidive que celui des autres organes, ou enfin que les observateurs ont négligé de faire connaître ces récidives.

En effet, sur plus de cinquante cas, on ne voit la récidive annoncée que chez le malade de Béclard, chez un de ceux d'Hendriks, chez celui de Raymond, celui de Bouhyer, et celui de Goodlad. Et cependant plusieurs malades furent examinés un grand nombre d'années après l'opération.

En résumé, aucune raison majeure ne s'oppose à ce que l'on enlève les tumeurs connues sous le nom de *squirrhe de la parotide*, même lorsqu'on est exposé à enlever la glande elle-même: 1° car on peut se rendre maître de l'hémorrhagie, soit par une ligature préalable du tronc carotidien, soit par la ligature des vaisseaux divisés pendant l'opération; 2° parce que la manœuvre, bien que longue, douloureuse et difficile, n'est pas au-dessus des forces du malade, ordinairement, ni de l'habileté d'un chirurgien expérimenté; 3° parce que la plaie qui en résulte n'expose pas à plus d'accidens que d'autres plaies analogues, celles, par exemple, qui ont lieu à la suite des ablations de mâchoire supérieure ou inférieure; 4° enfin, parce que l'expérience dénote un très grand nombre de succès.

Je n'ai plus que quelques mots à dire d'une des suites ordinaires de l'opération, l'hémiplégie faciale, qui est la conséquence de la section du tronc de la septième paire. On a déjà vu que cet accident doit toujours avoir lieu, lorsqu'on enlève la glande complètement ou presque complètement. Il est arrivé plusieurs fois que l'hémiplégie ne s'est pas étendue à tout le côté opéré de la face, ce qui tenait sans doute à ce que l'une des branches du nerf avait été évitée; mais il n'est pas aussi facile d'expliquer comment la paralysie, après s'être montrée un certain temps, a ensuite disparu. Un assez bon nombre de faits de ce genre ont été observés. Serait-ce que l'action nerveuse se serait rétablie à travers la cicatrice? Il est plus probable, à mon avis, que, dans ce cas, la glande n'a pas été réellement enlevée; et si d'abord il y a eu hémiplégie, elle tenait au gonflement et à l'inflammation déterminés autour du nerf par l'opération, et non à la section du tronc nerveux lui-même. Du reste, il est bon de noter qu'à la longue le défaut de symétrie qui résulte de la paralysie entre les deux côtés de la face diminue à mesure que la cicatrice entraîne vers la région parotidienne la joue paralysée; et il se pourrait que cette circonstance ait fait croire à une diminution de l'hémiplégie, qui n'existait pas. A. Bérard.

SIEBOLD (Ch. Gasp.). Resp. ORTH. *Diss. de Scirrho parotidis ejusque cura, cum annexa extirpatæ historia.* Wurcebourg, 1793, in-4°.

KYLL. *Diss. de induratione et extirpatione glandulæ parotidis.* Bonn, 1822.

HOURMANN (J.). *Diss. sur l'extirpation de la glande parotide.* Thèse. Paris, 1824, in-4°.

BRAAMBERG (Henr. Ét.). *De extirpatione glandulæ parotidis et submaxillaris.* Groningue, 1829.

DUGIED (P. Hug.). *De l'extirpation de la parotide squirrheuse.* Thèse. Paris, 1829, in-4°.

BÉRARD (A.). *Maladies de la glande parotide et de la région parotidienne. Opérations que ces maladies réclament.* Thèse de concours. Paris, 1841, in-4° et in-8°.

Beaucoup d'observations de tumeurs dans la région parotidienne sont insérées dans divers recueils. Elles sont reproduites la plupart dans les dissertations précédentes. Voyez, en outre, J. C. Warren, *Surgical obs. on tumours,* 1829, p. 285; les traités généraux de chirurgie et d'opér. d'Heister, Richter, Boyer, Velpeau.

SIEBOLD (J. Barth.). *Historia systematis salivalis physiologice et pathologicè considerati : acced. ex eadem doctrina corallaria chirurgica.* Jena, 1797, in-4°, fig.

MURAT (A. L.). *La glande parotide, etc.* Thèse. Paris, an XI, in-8°.

MARTIN D'OFFIGNY (J. A. M.). *Observations et réflexions sur quelques maladies de la glande parotide.* Thèse. Paris, 1815, in-4°. R. D.

PARULIS. *Voy.* GENCIVES.

PASSIONS. *Voy.* PSYCHOLOGIE.

PASSY (eau minérale de). — Ce bourg, situé près d'une des barrières occidentales de Paris, sur une colline qui domine la rive droite de la Seine, contient plusieurs sources minérales ferrugineuses. Ces sources, distinguées en anciennes et en nouvelles, eurent d'abord différens propriétaires, et furent l'objet d'une rivalité peu scientifique; celles qui restent aujourd'hui sont renfermées dans la belle propriété de MM. Delessert, qui n'ont rien négligé pour les rendre utiles, et en font un hommage généreux au public. Les deux anciennes sont délaissées; les nouvelles, appelées jadis sources de *Bélami*, et connues depuis 1719 seulement, sont au nombre de deux; elles sont situées à trente pas au-dessous l'une de l'autre, dans un regard voûté, où l'on descend par un bel escalier; elles sont fort abondantes. L'eau de ces sources est froide, limpide, produit sur l'organe du goût une saveur ferrugi-

peuse, styptique; elle est couverte d'une pellicule roussâtre, et dépose dans les canaux de décharge un sédiment ocracé. Les temps d'orage et de pluie lui font subir des altérations très marquées. Cette eau étant trop chargée de principes ferrugineux en sortant de terre, ne pourrait être employée à l'intérieur. Pour la rendre propre à cet usage, on l'épure, c'est-à-dire qu'on la tient quelque temps exposée à l'air dans des vases : une certaine quantité de fer se précipite, et il se fait une décomposition des sels : de sorte que l'eau épurée contient moins de principes salins et des sels d'une autre nature. Si l'épuration était poussée trop loin, l'eau laisserait déposer tous ces principes ferrugineux, et serait, par conséquent, privée de ses propriétés.

L'eau des sources de Passy a été souvent analysée. L'analyse la plus récente est celle de M. O. Henry. En voici les résultats calculés d'après un litre d'eau non dépurée.

PRINCIPES.	SOURCES NOUVELLES.		SOURCES ANCIENNES	
	N° 1.	N° 2.	N° 1.	N° 2.
Azote. . . . . Acide carbonique . .	. . . . Quantité indéterminée.			
	gr.			
Sulfate de chaux. . . .	1,536	2,774	1,620	2,300.
— de magnésie. . . .	0,200	0,300	0,170	0,530.
— de soude	0,289	0,340		
— d'alumine	0,110	0,248	traces.	traces.
— d'alumine et de potasse.	. . . .	. . . . Traces.		
Sulfate de fer protoxydé. . . . . . . — peroxydé.	. . . .	représentés par peroxyde de fer.		
Sous-trito-sulfate de fer..	0,045	0,412	0,039	0,077.
Carbonate de chaux.	. . .	. . .	. . .	0,014.
Chlorure de sodium.	0,260	0,060	0,053	0,050.
— de magnesium . .	0,080	0,226	0,153	0,210.
Silice. . . . . Matière organique ou glaitine	. . . .	Quantité inappréciée.		
	2,511	4,360	2,035	3,681.

L'eau de Passy épurée est employée à l'intérieur dans les cas ordinaires où sont administrées les eaux ferrugineuses, c'est-à-dire dans la chlorose, la leucorrhée, la dyspepsie, etc. : on la boit froide à la dose de trois à quatre verres, jusqu'à deux litres. On peut la mêler au vin pour les repas ; mais elle est peu usitée, d'abord parce que les eaux ferrugineuses carbonatées lui sont justement préférées, et surtout parce que les préparations de fer sont d'un usage plus commode et beaucoup plus avantageux. On emploie l'eau non épurée en lotions ou en injections, dans le traitement local de la leucorrhée, contre les ulcères atoniques, etc.

Un grand nombre de notices ont été publiées sur les eaux de Passy. Nous ne citerons que les suivantes : — *Analyses chimiques des nouvelles eaux minér. découvertes à Passy, etc.* Paris, 1757, in-12. (Ce recueil contient les travaux de Venel, Bayen, Rouelle et Cadet.) — PLANCHE (L. A.). *Notice analytique sur les anciennes eaux minérales de Passy, etc.* Dans *Journ. gén. de méd.*, t. xxv, p. 390. — DEYEUX. *Analyse des nouvelles eaux de Passy.* Dans *Bullet. de pharm.*, 1809, n° 8. — HENRY (O.). *Analyse des eaux de Passy.* Dans *Journ. de pharm.*, 1832, t. XIII, p. 409. — CHENU. *Essai sur l'action thér. des eaux ferr. de Passy.* Paris, 1841, in-12. R. D.

PASTILLE. — On désigne sous ce nom, et particulièrement sous celui de *tablette* (*voyez* ce mot), des médicamens, de consistance solide, composés de sucre et de diverses substances réduits en poudre et réunis par un mucilage. Le nom de *pastille* est plus communément consacré à des préparations plutôt agréables que médicamenteuses; ces pastilles sont formées de sucre cuit à la plume et aromatisé avec différentes huiles volatiles : telles sout les *pastilles de menthe.*

PATE. — On donne ce nom à des médicamens de consistance molle, n'adhérant pas aux doigts, composés de gomme et de sucre, dissous, soit dans l'eau, soit dans une infusion ou décoction chargée de principes médicamenteux, et rapprochée peu à peu par l'évaporation. Les pâtes que l'on prépare sont ordinairement émollientes, pectorales : telles sont les pâtes de guimauve, de dattes, de jujubes, et la pâte de réglisse anisée, dans laquelle la gomme est unie à l'extrait de réglisse, et aromatisée avec de l'huile essentielle de semences d'anis.

PATHOGENIE. *Voy.* PATHOLOGIE.

PATHOLOGIE. — La pathologie est la science de l'homme malade, la science qui s'occupe de cet ordre particulier de phénomènes organiques qu'on nomme *maladies*, qui recherche et expose leurs causes, leurs caractères, leurs diverses phases, leurs lois ou leur théorie. Avant d'examiner la manière dont s'est formée la pathologie, d'indiquer ses différens points de vue, ses divisions principales, les règles qui doivent présider à son étude, il convient de bien fixer le sujet même de cette science, de déterminer ce qu'on doit entendre par *maladies*.

Notion générale de la maladie. — L'idée la plus simple, et sans contredit la plus juste qu'on puisse donner de la maladie, est celle qui est fournie par le caractère géuéral qui la fait reconnaître à tous les yeux. Il est évident que nous disons malade tout individu qui ne jouit pas de l'exercice régulier, satisfaisant, des diverses fonctions propres à l'économie animale, et que nous appelons du nom de maladie tout dérangement des actions organiques qui constituent la santé. Mais cet état de l'organisme bien reconnu, bien senti, qu'est-il? quels en sont les caractères scientifiques, c'est-à-dire tirés de l'étude de toutes les conditions qui font que l'homme est malade? Ce n'est certainement, comme l'ont fait tant d'auteurs, dans aucune des conceptions hypothétiques et métaphysiques formées pour se rendre raison des causes premières de la vie, qu'on trouvera ces caractères : ce ne sera ni dans des opinions spéculatives, mécaniques, chimiques et dynamiques, ni dans les modifications d'un principe substantiel d'action, ni dans la considération de causes finales, ni enfin dans la notion abstraite d'un état matériel indéterminé ou de forces non spécifiées. Tout le monde repousse, comme imaginaires ou fausses, les opinions de ceux qui ont vu dans la maladie une réaction des sels, une altération du mouvement des fluides, une lésion de l'incitabilité ou de l'irritabilité, une affection du principe vital, une série d'actions ayant pour but de ramener la santé. Mais qu'apprend-on avec d'autres qui disent que la maladie est une altération des mixtes, un état du corps qui donne lieu à un trouble des actions vitales, un désordre des forces dont l'harmonie constitue la santé, ou bien la réaction de l'organisme contre toute espèce de trouble?

Les phénomènes organiques qui constituent à nos yeux la maladie se passent, comme les phénomènes physiologiques,

dans l'économie animale; nous devons par conséquent puiser les caractères des premiers dans leur comparaison avec les seconds, auxquels ils succèdent ou qu'ils remplacent. Mais ici, comme dans toutes les choses qui ont le même sujet, qui ont un *substratum* commun, il n'existe pas de limites précises; et l'on pourra toujours, à l'aide de faciles subtilités, contester la réalité des caractères qui séparent l'état morbide et l'état de santé, si l'on n'a en vue les conditions bien tranchées où ces deux états ne peuvent être méconnus. Or, l'observation nous montre que l'accomplissement libre et facile des actes de la vie s'effectue sous les conditions de telle ou telle constitution du corps animal, se manifeste par un ordre déterminé de tels ou tels phénomènes; dans les limites de certaines variations. Nous voyons, d'un autre côté, qu'une disposition différente des organes, qu'un caractère ou un ordre différent de leurs actions sont accompagnés de gêne, de douleur, et peuvent se terminer par la destruction de la vie. Ce sont ces modifications diverses et bien déterminées des phénomènes physiologiques; ce sont ces phénomènes insolites, réunis en plus ou moins grand nombre, simultanés ou successifs, coordonnés entre eux; qui ont été appelés des *maladies :* actes complexes, qui s'accomplissent sous l'influence des forces ou des propriétés de l'organisme; et qui présentent dans leurs modes et leurs phases des variations encore plus étendues que les phénomènes de l'état normal.

Mais, comme je l'ai dit, les limites entre la santé et la maladie ne sont pas toujours faciles à poser: cette difficulté, qui tient sans doute à la nature même du sujet, peut bien aussi être augmentée par l'état peu avancé de nos connaissances sur les maladies et leurs signes. Ainsi l'usage, plutôt que le langage rigoureux de la science, a établi une distinction entre la maladie et la simple indisposition, qui n'en est que le premier degré ou le prélude. On a distingué avec plus de raison la maladie de l'infirmité, qui est une altération congénitale ou acquise dans la forme ou la disposition des organes, altération compatible avec l'accomplissement plus ou moins régulier des fonctions de ces organes et surtout avec celui des fonctions principales : la perte totale ou partielle d'un membre, des cicatrices vicieuses, un vice congénital de conformation, une hernie, etc., ne sont considérés que comme des infirmités.

Les cas obscurs qui paraissent sur les limites de la santé et de la maladie sont certainement très nombreux dans la pratique; mais, s'ils ne doivent pas être négligés sous ce dernier rapport, ils ne peuvent servir à constituer la science et son langage. Ce ne serait qu'à l'aide de distinctions tout-à-fait arbitraires ou d'une confusion établie par l'acception vulgaire du mot maladie qu'on parviendrait à jeter de l'obscurité sur la notion que ce mot doit scientifiquement représenter. Dans certains cas, en effet, les caractères d'une lésion des tissus et de leur action ne se manifestent pas au dehors; il n'existe aucun trouble des fonctions principales de l'économie ou il n'y en a que de très légers, quoique un organe important soit le siége d'une grave altération. Existe-t-il, dans ce cas, une maladie? Dira-t-on, par exemple, qu'un individu dont les poumons sont le siége de tubercules n'est point malade, parce que la respiration n'est pas notablement gênée, et qu'il jouit de toutes ses facultés? Sans doute, tant que l'affection tuberculeuse ne sera accompagnée d'aucune altération des phénomènes apparens de la santé, on ne pourra pas dire, dans l'acception vulgaire, que cet individu est malade; mais, dans le cas que nous supposons, il n'en existe pas moins une maladie, un état pathologique des plus graves, puisqu'il amène presque inévitablement la mort. Un grand nombre de lésions organiques ont le même caractère. Certains abcès ne se révèlent souvent dans les parties extérieures que long-temps après leur naissance, par la vue ou le toucher. N'y aura-t-il maladie dans ce cas, comme dans le précédent, qu'autant que les principales fonctions seront troublées, qu'il y aura, comme on le dit, réaction, et devra-t-on considérer le pus et les tubercules comme de simples corps étrangers qui donnent lieu au développement d'une maladie? Mais que seront donc cette sécrétion du pus et cette formation des tubercules, si elles ne sont pas le résultat de maladies dont tous les phénomènes n'ont pas eu encore le temps de se produire! Si l'on ne voyait de maladie que dans tel ensemble de symptômes qu'on appelle une réaction générale, l'inflammation constituerait là une maladie, ici n'en constituerait pas, suivant qu'elle serait plus ou moins intense, suivant qu'elle attaquerait un tissu plus ou moins irritable, suivant qu'elle serait ou ne serait pas accompagnée de ces symptômes généraux, expression de l'union plus ou

moins étroite, de la plus ou moins grande solidarité qui existe entre toutes les parties de l'organisme. — Du reste, on ne peu guère s'étonner de la difficulté qu'on trouve à caractériser par des traits précis des phénomènes aussi mal délimités, aussi mobiles, aussi compliqués que le sont les maladies, et c'est ce qui fait que les définitions les plus rigoureuses, les plus positives qu'on cherchera à en donner, pourront être le sujet de discussions inépuisables, heureusement fort peu importantes, mais qui témoignent des difficultés de la science.

§ I. — Constitution de la pathologie. — Formation des généralités pathologiques et des principes de la science.

On divise communément, depuis les auteurs scolastiques du moyen âge, la pathologie en pathologie *générale* et en pathologie *spéciale*. (La même division est exprimée par les désignations de pathologie *philosophique, théorétique*, et de pathologie *historique, descriptive, pratique*.) Cette division tout arbitraire d'une science une, comme toutes les autres, dans son objet et sa méthode, a eu de nombreux inconvéniens, dont quelques-uns pèsent encore sur la pathologie de nos jours. De ces deux parties on a fait, en quelque sorte, deux sciences à part, ou du moins on a établi dans leur corrélation un ordre tout-à-fait inverse à celui qui doit exister. Cela vient de ce que les premiers auteurs qui écrivirent d'une manière méthodique sur la pathologie ne firent que répéter et commenter les vues générales étiologiques et pronostiques d'Hippocrate, et, ce qui fut encore plus fâcheux, adoptèrent Galien pour modèle; de ce qu'on suivit universellement la philosophie qui, sous la bannière d'Aristote comme sous celle de Platon, enseignait que les idées générales contiennent les idées particulières et y donnent naissance, que les définitions prélimiuaires des choses sont des principes propres à en faire connaître les propriétés. La maladie fut tout d'abord envisagée d'une manière abstraite ou générale. On crut dès lors pouvoir *à priori*, par des conceptions spéculatives prises dans l'ordre métaphysique ou par des hypothèses empruntées à la mauvaise physique du temps, établir les causes des maladies, leur mode de génération, les indications thérapeutiques qu'elles doivent présenter, le mode d'action des divers moyens curatifs qu'on leur oppose.

On conçoit, d'après cela, qu'on dut commencer par la pathologie générale, comme donnant les principes qui devaient guider dans l'étude des maladies particulières. *Quoniam vero,* dit Fernel, dans le 1er chapitre de sa *Pathologie, nulla est singulorum scientia, ut omnia certa via et ratione stabiliam, docendi initium ab universis illorum ducam generibus.* Aussi presque toutes les généralités qui entrèrent dans ce qu'on appelait la pathologie générale ne furent-elles le plus souvent formées que de définitions scolastiques, de discussions et d'hypothèses sur les causes prochaines et éloignées des maladies, et de considérations séméiologiques, qui, parfois du moins, se rapprochaient davantage du but qu'on doit s'y proposer.

Mais sans nous occuper davantage, pour le moment, des divisions qu'on a établies dans le domaine de la pathologie, divisions sur lesquelles nous aurons occasion de revenir, et que nous pourrons plus tard mieux apprécier, examinons comment a été, et comment doit être constituée la pathologie, ce qu'est, et ce que peut être la science des maladies.

Formation des connaissances pathologiques. — La pathologie a le même objet, les mêmes conditions à remplir que les autres sciences physiques : elle doit étudier et faire connaître l'ordre d'objets ou de phénomènes dont elle s'occupe, dans leurs caractères particuliers, dans leurs rapports, leurs liaisons, leurs principes. Tant que les objets restent isolés; tant que, de leur rapprochement, ne sont pas ressortis les points communs qui les lient, que l'on n'a pas déterminé les faits généraux auxquels peuvent se rapporter tous les cas particuliers, que l'on n'a pas formulé les règles ou les lois de ces faits, il n'existe pas de science, ou du moins celle-ci est plus ou moins imparfaite, suivant qu'elle s'éloigne plus ou moins de cet état de systématisation ou de théorie, et elle ne fournit que des données incertaines ou insuffisantes à l'art qui s'appuie sur elle. C'est donc à arriver à l'état le plus parfait possible de systématisation que doit tendre la pathologie, comme toute autre science. Mais une science, quelle qu'elle soit, ne se forme pas tout d'une pièce; ce n'est même pas graduellement et méthodiquement qu'elle acquiert toutes les notions particulières et générales dont elle doit se composer, surtout quand cette science est aussi difficile et aussi compliquée que l'est la pathologie, quand ses progrès tiennent intimement à ceux d'au-

tres sciences. Si, dans les différentes branches de connaissances, l'esprit humain a presque toujours passé par les opinions les plus erronées; si ce n'est qu'après de nombreuses et incomplètes observations, après de successives réformes, des oscillations multipliées, qu'on est arrivé à posséder des notions précises des choses, à comprendre les seules méthodes qui puissent guider avec sûreté dans la recherche de la vérité, combien d'erreurs, combien d'oscillations ne dut pas présenter la pathologie!

L'étude des maladies est essentiellement fondée sur la connaissance des conditions et des phénomènes de la santé, dont elles sont une déviation. Dans les premiers temps, lorsque ces conditions et ces phénomènes étaient très imparfaitement connus, et seulement dans ce qu'ils offrent d'extérieur et de saillant, les maladies ne furent également constituées que par leurs manifestations les plus extérieures et les plus saillantes: ce sont des chaleurs ou fièvres, des amaigrissemens ou phthisies, des enflures ou hydropisies, des phlegmons ou inflammations (ardeur locale avec ou sans tumeur), des catarrhes ou fluxions séreuses, des écoulemens de sang ou hémorrhagies, des phrénésies, des manies ou des fureurs avec ou sans fièvre, des assoupissemens, des apoplexies ou des pertes subites de mouvement et de sentiment, des convulsions, des paralysies, des douleurs de tête, de côté, d'intestin (céphalalgie, pleurésie, dysenterie), des étranglemens ou angines et esquinancies, des difficultés de respirer ou dyspnée et asthme, des crachemens de sang ou hémoptysies, des flux de ventre ou diarrhées, etc., etc. L'observation, en s'appliquant à chacun de ces phénomènes, commence à y établir des nuances, des distinctions plus ou moins tranchées, qui multiplient les états morbides; elle constate les circonstances qui ont paru déranger l'organisme atteint de ces diverses manières; elle signale toutes les sortes d'événemens qui s'y passent; elle saisit dans l'aspect du corps, dans les différens troubles de ses fonctions, dans la nature des excrétions, les signes qui annoncent ces événemens; elle recherche enfin tout ce qui semble influer sur l'état pathologique, suspendre ou précipiter ses phases. Et tels furent les prodigieux résultats de cette observation appliquée, chez les anciens Grecs, au corps humain malade, qu'il est peu de maladies connues dont on ne retrouve les principaux

traits dans les livres hippocratiques, ces premiers monumens des sciences médicales : la plupart des symptômes ou phénomènes extérieurs des maladies y sont, en effet, exposés avec une admirable fidélité, et appréciés presque toujours avec une grande justesse dans leur valeur, relativement à la marche et aux terminaisons des maladies en général.

Sans doute on ne connaît encore que la superficie des objets; on confond sous une manifestation commune des maladies différentes; on sépare, à titre d'affections distinctes, des effets communs d'une seule et même maladie. Mais il appartient aux progrès futurs de l'observation de dissiper ou de diminuer cette confusion; et malgré les prétentions de notre pathologie actuelle, n'est-ce pas là le vice qu'elle présente encore dans un grand nombre de ses parties ? Cependant, dès ces temps anciens, tous ces faits rapprochés par l'esprit d'induction ou de théorie se résument en grandes analogies, fournissent ces généralités, ces lois ou ces principes qui forment la magnifique doctrine d'Hippocrate : doctrine dans laquelle l'organisme, envisagé dans son ensemble, et indépendamment de ses lésions particulières, est considéré comme affecté suivant certains modes généraux, comme passant régulièrement par diverses phases de crudité, de coction, de crise, qui ne sont encore que des modes d'affection générale de l'organisme, occupé tout entier de son travail morbide, de sa lutte avec la cause morbifique, est considéré comme triomphant, en éliminant celle-ci par les excrétions critiques, ou comme succombant à ses propres efforts par les effets mêmes de ce travail ; doctrine qu'il faut bien plus admirer pour la méthode qui l'a fait établir, que par la rigueur et la vérité de ses principes, et qui, au milieu des opinions de toutes sortes qui y furent ajoutées, ne cessa de dominer la science et la domine encore.

On ne pouvait long-temps s'en tenir à cette considération générale de l'organisme malade, quelque profonde et quelque utile qu'ait été la systématisation du petit nombre d'élémens pathologiques qu'on possédait. Au fur et à mesure qu'on connut mieux la structure, les rapports et les usages des parties, on rattacha d'une manière moins vague les manifestations extérieures des maladies à la lésion des organes: l'observation, éclairée par les tentatives antérieures, servie

par des moyens ou des procédés physiques plus puissans, et par une meilleure méthode, fit pénétrer successivement de plus en plus dans la connaissance des phénomènes morbides, dans les rapports nécessaires ou accidentels de ces phénomènes entre eux. On arriva à former des groupes plus ou moins naturels de symptômes se rattachant comme effets à une lésion bien déterminée de certains organes, ou liés entre eux par une apparence constante de coïncidence, de succession, qui leur fait supposer une cause organique commune, un même point de départ. On s'avança ainsi de plus en plus dans la voie qui devait conduire à la connaissance de tous les caractères des maladies et à la distinction de chacune d'elles, c'est-à-dire à la connaissance du caractère spécial de chacune des modifications morbides de l'organisme. Mais ce ne fut que lentement, et en passant par des vicissitudes diverses que se forma le faisceau des notions si incomplètes et souvent si incertaines qui composent notre pathologie. L'étendue et la multiplicité des recherches, le peu d'avancement des connaissances anatomiques et physiologiques, les obstacles extérieurs opposés aux investigations qui devaient répandre le plus de lumières sur ce sujet; mais plus encore les mauvaises méthodes d'observation, et les méthodes plus mauvaises encore d'exploiter les faits fournis par l'observation, la tendance à généraliser des observations incomplètes, isolées, quelquefois exceptionnelles, à construire *à priori* des systèmes pathologiques généraux, des théories de toutes sortes, la tendance continuelle à mettre des idées spéculatives à la place des faits; toutes ces circonstances firent que la pathologie ne fut long-temps qu'un chaos au milieu duquel s'élevaient seulement, de distance en distance, quelques points éclairés d'une obscure et vague lumière.

Ainsi, connaissance superficielle des maladies les mieux délimitées, ignorance presque absolue du caractère des lésions organiques auxquelles se lient les symptômes, confusion de diverses maladies rapprochées par leur siége et présentant quelques phénomènes communs, symptôme commun de plusieurs maladies pris pour une maladie unique, dans l'ignorance où l'on est des altérations différentes qui le produisent; maladies formées d'élémens appartenant à diverses affections, ou à diverses phases d'une seule maladie, et nécessairement

appréciation incertaine, fausse de tout ce qui est rattaché à des maladies arbitraires, mal délimitées, etc., etc., voilà le tableau que, suivant l'époque où on l'examine, avant le commencement de notre siècle, présente plus ou moins complètement la pathologie, si l'on fait abstraction des maladies mécaniques, mieux connues.

Est-ce à dire que toutes les notions transmises par les siècles antérieurs sont nulles et doivent être entièrement répudiées pour constituer la pathologie ? Non, certainement. Nous allons tout à l'heure, en posant les seules conditions d'après lesquelles doit être constituée la pathologie, montrer en quoi ont servi et peuvent servir les connaissances pathologiques léguées par nos devanciers; et, en supposant que nous regardions un grand nombre d'entre elles comme inexactes ou insuffisantes, ce n'est pas leur ôter tout mérite ou toute utilité, puisque ce n'est qu'après de nombreux tatonnemens, des observations incomplètes, des rapprochemens inexacts, des erreurs de tous genres, que nous avons pu nous livrer à des recherches plus approfondies, recueillir des observations plus complètes, tracer des histoires plus fidèles des maladies, et mieux comprendre comment doivent se former les généralités et les principes de la science.

Si la pathologie était, comme les autres sciences, fixée dans ses méthodes, il nous suffirait d'examiner les acquisitions de la science, les points qui demandent des éclaircissemens ou des travaux nouveaux, les principes ou les lois générales qui président aux faits de son domaine. Malheureusement, il en est tout autrement : les pathologistes, loin de posséder un corps de doctrines satisfaisant, ne sont pas même d'accord sur la manière de procéder dans la recherche des vérités. Tous disent bien que la pathologie doit être basée sur l'observation; mais on n'est pas arrêté sur la manière de diriger cette observation dans son application aux faits de la pathologie, d'en tirer les propositions générales de divers ordres qui doivent constituer la science. Les mauvaises traditions du passé pèsent encore sur elle, et l'on veut, avec les notions vagues, confuses, incertaines, fausses, qu'il nous a léguées, nous imposer souvent ses systématisations peu rigoureuses. Pinel, animé des principes immortels que fit revivre la philosophie du XVIIIe siècle, et encouragé par l'exemple des sciences phy-

siques et chimiques qui en reçurent un si grand essor, entreprit de soumettre la pathologie à la méthode analytique dans toute sa rigueur. Mais cet illustre médecin, faute d'une vue nette des faits pathologiques et des conditions de leur généralisation, ne sut pas appliquer cette méthode analytique qu'il préconisait avec tant d'ardeur; il n'éleva, avec ses observations superficielles et les vieilles descriptions des auteurs, qu'un frêle édifice, qui eut peine à résister aux influences et aux attaques des doctrines systématiques qui dominèrent encore la pathologie. Après avoir subi dans beaucoup de points les théories dynamiques et abstraites du brownisme, il disparut en quelque sorte devant Broussais, ayant laissé toutefois le germe de principes qui devaient revivre plus tard, et qui avec les travaux d'observation, les recherches partielles auxquels il donna une forte impulsion, concoururent à abattre à son tour la théorie de l'irritation. Enfin, cette méthode analytique, suivie instinctivement d'une manière peu rigoureuse par tous les grands observateurs qui lui durent les traits vrais de leurs tableaux pathologiques, me semble avoir été instaurée par M. Louis, avec toute la précision indispensable pour élever la science, autant que le comporte sa nature, au niveau des autres sciences positives. C'est donc à ce pathologiste recommandable que nous emprunterons en grande partie les principes de cette méthode analytique, telle qu'elle doit être appliquée à la science des maladies.

De l'histoire des maladies en particulier. — La première condition pour constituer la pathologie est la connaissance précise de tous les objets qui entrent dans son domaine, de leurs caractères, des lois que chacun d'eux subit dans son développement et ses diverses modifications. Mais ces objets ne sont pas, comme ceux dont s'occupent les sciences naturelles, des corps immuables dans leurs propriétés et leurs qualités physiques, qui n'exigent qu'une observation directe et peu multipliée. Ce ne sont même pas des phénomènes, qui, comme ceux de la physiologie, puissent, malgré leur mutuelle coordination et leurs variations, sous certains rapports accessoires dans chaque organisme, être délimités avec précision, et rapportés toujours par une observation facile à leurs conditions matérielles. Non, à quelques exceptions près, il n'y a pas de maladie qu'on retrouve dans l'organisme hu-

main avec cette constance de caractère et de mécanisme observée dans chacune des fonctions, dans chacun des actes normaux de l'économie animale, dans la circulation, dans la respiration, dans l'action d'un muscle, etc. Chaque maladie individuelle est un organisme troublé, altéré d'une manière particulière, se présentant avec une physionomie différente, avec une intensité, des complications variées; variations qui, indépendamment de ce qui tient au degré des lésions organiques, ont sans doute leurs raisons dans la différence des âges, des sexes, des tempéramens, des constitutions, dans ces mille différences, qui ne sont qu'accessoires en physiologie, et qui paraissent avoir une influence si grande en pathologie. Car, sans doute, les phénomènes pathologiques ne sont pas moins que les physiologiques assujettis à des lois fixes: et qui connaîtrait toutes leurs causes, ne verrait probablement que des effets nécessaires, de l'invariabilité, de la constance, là où nous ne voyons qu'instabilité. Cependant la science, et l'art qui s'appuie sur elle, ne sont possibles qu'à la condition de saisir, au milieu de ces phénomènes si compliqués, si confus, de grandes analogies qui deviennent les types des affections diverses dont souffre l'organisme malade. A ces types se rapportent et les observations ultérieures dont ils deviennent le sujet, et les règles qui ont pour but d'en prévenir le retour ou de le combattre. Examinons donc de quelle manière se formeront les notions générales qui constituent l'histoire de chacune des affections ou des espèces morbides de l'organisme.

L'histoire de chaque maladie se compose de l'indication des causes qui l'ont produite, autrement des circonstances extérieures et intérieures qui en favorisent et en déterminent le développement; des phénomènes ou symptômes qu'elle présente pendant son cours; des états ou lésions morbides des organes qui en sont les conditions matérielles; des rapports qui existent entre les symptômes et les lésions; de la marche, de la durée, de la terminaison de tous les phénomènes; des phases diverses par lesquelles passent les lésions morbides et les symptômes; des autres maladies qui se joignent accidentellement ou nécessairement à celle dont on s'occupe; enfin des modifications qu'elle subit sous l'influence de telle ou telle circonstance, de tel ou tel agent

employé dans le but de la guérir, autrement sous l'influence de certaines médications. L'observation des phénomènes que présentent les malades pendant leur vie, et celle de toutes les circonstances qui se rattachent à eux, avant et après le développement dela maladie, l'observation des altérations trouvées après la mort dans les organes, fournit, comme l'on sait, les matériaux de ce tableau.

Mais un certain nombre de choses qui entrent dans la description générale d'une maladie ne sont pas données par l'observation directe; plusieurs phénomènes se passent en dehors de la portée des yeux. En outre, on a à déterminer les causes, c'est-à-dire le rapport des circonstances au milieu desquelles se sont trouvés les malades ou qui ont agi sur eux, avec le développement de la maladie; à chercher les rapports des états organiques avec les phénomènes extérieurs ou les symptômes, etc.; en un mot, à établir la théorie de la maladie.

On ne peut arriver à ces connaissances, qui forment les traits généraux d'une affection morbide, que par l'analyse et l'induction : par l'analyse de tous les faits soumis à l'observation, sont mis en saillie les points communs et les différences; de son côté, l'induction tire du rapprochement des élémens divers fournis par l'analyse, de leur coïncidence plus ou moins fréquente, de leur ordre de succession, etc., les conséquences relatives au point en question. Ainsi, pour mieux faire saisir notre pensée à l'égard du rôle de l'induction dans la pathologie spéciale, n'est-ce pas par cette double voie de l'analyse et de l'induction que, dans un ouvrage qui restera toujours comme modèle d'observation exacte et de logique médicale, alors même que les progrès de la science auront porté plus loin les connaissances sur l'affection qui en est le sujet, que, dans son *Traité de la fièvre typhoïde*, M. Louis est parvenu à la détermination positive des caractères anatomiques et symptomatiques de cette maladie, à celle du degré d'importance, et du rapport mutuel de ces caractères? Les mêmes moyens ont servi ou devront servir à établir dans l'apoplexie hémencéphalique les rapports des différens genres et degrés de paralysie avec le siége, l'étendue de l'épanchement sanguin et les phases par lesquelles passe la lésion de l'encéphale. C'est par un ensemble d'inductions tirées de la nature et du genre d'action

des causes, de la coïncidence et de la succession des symptômes et de la proportion des effets observés, qu'on est arrivé à constater les signes de l'emphysème pulmonaire, et à reconnaître la subordination de tous les autres symptômes à celui-là. C'est, enfin, de même par des inductions prises dans tous les élémens de la maladie, que Georget est parvenu à démontrer ou rendre probable l'opinion qui place le siége de l'hystérie et de l'hypochondrie dans le cerveau; c'est de la même manière qu'on pourra déterminer le caractère inflammatoire ou non inflammatoire du ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac, de celui du cerveau, les rapports de l'inflammation avec le cancer, avec la tuberculisation, etc.

Si donc il est incontestable que les notions qui représentent un grand nombre d'objets doivent être le résultat de l'examen de tous ces objets sans exception, il est de toute évidence que l'histoire de chaque maladie ne pourra être faite qu'à l'aide de l'analyse du nombre de faits suffisant pour montrer toutes les variations qu'elle peut subir, toutes les faces sous lesquelles elle peut se présenter, pour fournir à l'induction les moyens d'apprécier l'influence de certaines circonstances sur leur développement, sur les divers événemens de leur cours.

Mais tous les points de l'histoire des maladies n'exigent pas le même nombre de faits et les mêmes conditions dans la précision de l'observation. Dans une appréciation que j'ai faite antérieurement de l'application de la méthode numérique à la médecine, j'avais appelé l'attention sur la différence des faits qui sont du ressort des sciences médicales. Les uns, avais-je dit, se rattachent plus ou moins immédiatement aux lois générales de l'organisation et à celles de la matière : ici les faits sont nécessaires, constans; ils surviennent dès que les causes existent; dans les phénomènes de cet ordre le nombre n'ajoute rien à la valeur de l'observation. La répétition de celle-ci n'est nécessaire que pour en constater l'exactitude. D'autres faits ne se rattachent que sous certains rapports et d'une manière plus ou moins éloignée à ces lois générales; ils sont formés d'élémens plus ou moins compliqués; leurs causes productrices sont subordonnées, dans leur manifestation, à des conditions diverses et variables. Quant à ce qui concerne ce genre de faits et les questions à ré-

soudre sur leurs rapports, sur leurs conditions de développement, de modifications, on conçoit que, suivant la valeur propre et individuelle de chaque fait, suivant la force des inductions que les faits apportent par leur rapprochement à la solution des questions pathologiques, il faudra réunir un plus ou moins grand nombre d'observations.

Ainsi l'ensemble des phénomènes qui ont porté Harvey à conclure que la circulation s'exécute d'après tel mode, à établir, en un mot, le fait de la circulation et ses lois, n'a demandé à être observé avec exactitude qu'un certain nombre de fois, pour légitimer les conclusions qui en ont été tirées: il en est de même des rapports qu'on a établis ou qu'on voudrait chercher à établir entre certains signes physiques ou même certains signes physiologiques, et les altérations des organes. C'est avec un petit nombre d'observations qui lui ont fourni des inductions plus ou moins puissantes et plus ou moins rigoureuses, que Laennec, l'immortel auteur de l'auscultation, a constitué le diagnostic des diverses maladies des organes thoraciques. Précédemment le toucher, la palpation, la percussion avaient fourni des données exploitées avec fruit de la même manière. Si les maladies du cœur n'ont pas encore des signes physiques aussi positifs que les maladies des poumons, ce n'est pas faute d'observations, mais parce qu'on n'est pas encore d'accord sur les mouvemens de cet organe dans l'état physiologique, sur l'ordre de succession de ces mouvemens et sur les bruits qui correspondent à chacun d'eux. Par suite des rapports nécessaires qui existent entre les fonctions et les organes, il est plusieurs phénomènes morbides qui se rattachent invariablement à l'altération de certaines parties, et il suffit d'une observation exacte pour les signaler comme les caractères diagnostiques de certaines maladies : ainsi l'hémiplégie est liée à une altération de l'encéphale, comme la paraplégie à celle de la moelle épinière, etc., etc. Mais, il faut l'avouer, il est un plus grand nombre de phénomènes pathologiques qui se soustraient à l'induction directe, par suite de la correspondance de toutes les parties de l'organisme, de leurs rapports sympathiques, dont nous ne connaissons que très imparfaitement les lois : c'est alors à d'autres conditions que l'induction doit s'adresser.

L'ensemble de phénomènes qui se lient à une maladie, soit comme phénomènes constitutifs, soit comme phénomènes accidentels, les variétés qu'ils présentent dans leur intensité, leur durée, leur ordre de succession, et surtout les rapports de toutes ces circonstances entre elles, et avec les conditions où s'est trouvé le malade, tout cela ne peut être déterminé qu'à l'aide d'un grand nombre d'observations. Toutefois l'expérience a démontré que les diverses conditions et les variétés pathologiques se circonscrivent dans un nombre assez restreint de cas, dans un nombre bien au-dessous de celui de centaines et de milliers, que quelques personnes sembleraient croire nécessaires. Le rapprochement qu'on fait de chacun des élémens d'une maladie, de leur fréquence, de leur coïncidence, de leur ordre de succession, dans tous les cas soumis à une observation complète et exacte, fournit des inductions qui permettent d'en tracer l'histoire sous tous les points de vue indiqués plus haut. Quelquefois même, lorsque la maladie est peu compliquée, qu'elle est formée par un phénomène pathologique simple, un très petit nombre d'observations peut en fournir les traits principaux. Il est facile de concevoir que la description générale de l'érysipèle pourra être faite avec beaucoup moins d'observations que celle de la fièvre typhoïde, de la pneumonie ou de la phthisie pulmonaire : cela ressort plus évidemment encore pour les maladies produites par des causes externes, telles que les fractures, les luxations, les hernies, les anévrysmes, qui se lient à des dispositions organiques nécessaires, constantes, qui présentent des rapports mécaniques dont les effets suivent forcément des lois fixes.

Quant à la détermination des diverses circonstances ou conditions qui influent sur le développement des maladies ou sur leur cours et leur terminaison, on y arrive de plusieurs manières, suivant la valeur individuelle des faits, suivant, par conséquent, la force qu'ils prêtent aux inductions employées pour la solution de la question. Tantôt les rapports entre les causes et les phénomènes pathologiques sont presque nécessaires, et peuvent être considérés comme constans, soit qu'on connaisse, soit qu'on ignore les phénomènes intermédiaires qui rendent compte des effets observés. La nature toute spéciale des phénomènes qui suivent l'action de la cause morbifique ; la con-

stance, la promptitude avec laquelle se manifestent ces phénomènes, ne peuvent laisser de doute sur les rapports à établir, et faire supposer un coïncidence fortuite. Aussi peut-on, le plus souvent, dans cet ordre de faits, parmi lesquels se rangent la plupart des maladies produites par des causes externes, par des substances vénéneuses, par un virus, en un mot, par les maladies dites spécifiques, conclure de l'existence de la cause à celle de l'effet, et réciproquement. La reproduction du phénomène, dans les mêmes conditions apparentes, a une si grande probabilité, qu'elle approche, comme dans les faits physiques, de la certitude. Il est plus difficile de constater l'influence des circonstances qui n'agissent que comme causes déterminantes, qui n'ont pas un rapport nécessaire avec la maladie. Il en est de même des causes prédisposantes, c'est-à-dire, des circonstances et des conditions organiques qui favorisent le développement de l'affection morbide. Ici un plus ou moins grand nombre d'observations sont nécessaires pour mettre en saillie les effets de ces causes, pour juger qu'il n'y a pas simple coïncidence. Les rapports plus ou moins intimes qu'on pourra saisir entre chacune de ces circonstances et le développement de la maladie, entre l'intensité des causes et la promptitude et l'intensité avec lesquelles se manifeste celle-ci, en donnant une valeur plus ou moins grande à chaque fait, peuvent, comme dans le cas précédent, suppléer au nombre.

Les mêmes considérations s'appliquent à l'appréciation de l'influence qu'ont sur les modifications des maladies, sur leur terminaison heureuse ou funeste, les circonstances qui surviennent naturellement ou qui sont provoquées par l'art. Mais il est évident que, de la proportion des cas où le phénomène s'est montré à la suite de la cause dont on recherche à constater l'action, l'on ne pourra tirer de conséquences pour les ajouter aux autres considérations, qu'autant qu'on sera en mesure d'en rapprocher un certain nombre d'observations dans lesquelles la même cause n'a pas agi. Ce n'est que de cette manière qu'on pourra distinguer dans telle condition donnée les effets d'un agent d'avec une simple coïncidence.

Il n'en est plus de même d'une foule de questions dans lesquelles il s'agit de constater telle ou telle influence générale, comme lorsqu'on veut déterminer la part que peut avoir le climat, une circonstance particulière sur le développement

de telle ou telle maladie ou sur sa mortalité. Dans ces cas, ce n'est que par un nombre considérable d'observations, et par les règles du calcul des probabilités, qu'on parviendra à résoudre ce problème compliqué, où les rapports entre les causes et la manifestation des phénomènes sont le plus souvent fort éloignés, où se joignent un grand nombre d'influences que l'examen de chaque fait isolé ne pourrait pas faire démêler. Il va sans dire que cette loi des grands nombres pourra seule encore donner la solution de certaines questions pathologiques, lorsque les observations sont rapprochées seulement par le caractère général qui établit leur identité, et recueillies en masse, indépendamment de toutes leurs différences.

Ces principes du calcul des probabilités ont été très bien exposés par M. Gavarret, dans un ouvrage où les connaissances mathématiques les plus précises sont unies aux idées les plus saines sur la méthode expérimentale et sur les sciences médicales. Cependant, l'auteur de ce même ouvrage, par une préoccupation toute particulière qui lui a fait méconnaître le caractère différent des divers ordres de faits pathologiques, la puissance de l'analyse et de l'induction appliquée à ces faits, semble prétendre que toutes les questions pathologiques ne peuvent recevoir de solution qu'en les soumettant à la loi des grands nombres, c'est-à-dire à l'aide de plusieurs centaines d'observations. Sans doute, si ces conditions étaient indispensables pour constituer la pathologie, quelque difficiles, quelque impossibles même sous certains rapports qu'elles fussent à remplir, il faudrait bien s'y soumettre, et reconnaître franchement, non-seulement toute l'imperfection actuelle de cette science, mais encore son impuissance à s'asseoir sur des bases solides. Il n'en est pas ainsi, du moins nous le croyons, et M. Valleix, dans l'analyse critique qu'il a faite de l'ouvrage de M. Gavarret, (*Arch. gén. de méd.*, mai et août 1840), nous paraît avoir victorieusement réfuté les opinions de ce médecin. M. Valleix a très bien montré que la méthode numérique de M. Louis diffère essentiellement du calcul des probabilités, en ce qu'elle se propose pour but l'analyse exacte, rigoureuse, profonde des faits, la comparaison de chacun de ces faits et de chacune de leurs parties, l'examen attentif de toutes les circonstances qu'ils présentent, l'étude de tous leurs détails; tandis que le

calcul des probabilités s'applique aux faits considérés comme des unités, n'ayant pas d'autre valeur que leur importance numérique. Il n'en est pas ainsi, dit avec raison M. Valleix, des faits médicaux, dont la valeur peut compenser le nombre ou même le surpasser : il peut y avoir dans un seul fait des raisons de croire que sous telle ou telle influence les choses se sont passées de telle manière, et qu'à l'avenir, dans les mêmes circonstances, elles devront se passer de même.

Du reste, la méthode de M. Louis n'a introduit aucun élément nouveau en médecine. De tout temps l'analyse, comme nous l'avons dit, a été employée pour fournir les traits descriptifs des maladies ; et souvent, avant ce médecin, on avait donné les proportions numériques des cas observés, en même temps qu'il était presque d'habitude d'appuyer sur un grand nombre d'observations les propositions avancées. Mais tout cela, quoi qu'on en ait dit, n'est point la méthode numérique de M. Louis : ce qu'elle présente de véritablement nouveau et d'important, c'est la rigueur avec laquelle ce médecin a appliqué l'observation à la pathologie, ce sont les règles qu'il a imposées à l'analyse ; c'est l'emploi combiné qu'il a fait de cette analyse et de la numération, pour rechercher les faits généraux qui constituent l'histoire de chaque maladie ; c'est le soin avec lequel il a proscrit de la solution des questions pathologiques toutes les considérations spéculatives, qui, avant lui, y avaient une si grande part. Comment se fait-il donc, si, comme nous le croyons, les procédés d'analyse numérique ne sont que l'application de la méthode expérimentale à la pathologie, de cette méthode qui prescrit de ne tirer des faits que les conclusions qui y sont exclusivement renfermées, comment se fait-il que ces procédés soient repoussés ou ne soient admis qu'avec de certaines restrictions par des esprits même sévères ? C'est que toutes les parties de cette science n'exigent pas, comme nous l'avons montré, les mêmes conditions ; qu'un petit nombre de faits suffit pour résoudre certaines questions, pour établir certains faits, et qu'on applique à toutes questions ce qui ne doit s'entendre que de quelques-unes ; c'est qu'on attribue aux faits isolés une valeur qu'ils sont souvent loin d'avoir, et qui est presque toujours exagérée par des opinions tout-à-fait spéculatives ; c'est qu'en un mot, on n'a pas assez réfléchi sur l'instabilité des phénomènes pa-

thologiques, qui ne peut se dessiner que dans une certaine étendue, c'est-à-dire dans un certain nombre de cas.

On le voit, lors même que ceux qui travaillent aux progrès de la pathologie seraient unanimes sur le choix de la méthode à suivre pour la constituer, ce serait encore une œuvre longue, difficile, qui demande l'observation la plus patiente, la plus rigoureuse, pour faire connaître les faits les plus compliqués qui existent, et la sévérité la plus grande de jugement pour n'en tirer que les conclusions qu'ils renferment.

État actuel de la pathologie. — Si maintenant nous appliquons à l'examen de chacune des parties de la pathologie les principes de logique médicale que nous venons d'exposer, nous serons forcés de reconnaître l'état manifeste d'imperfection où se trouve cette science, soit par suite des difficultés inhérentes aux recherches de ce genre, soit surtout par la mauvaise direction qui leur a été donnée. Ainsi, l'on peut avancer qu'il est peu de maladies dont l'histoire soit complète et appuyée dans chacun de ses points sur des données positives. Presque toutes, elles ont une étiologie hypothétique; la nature, les conditions organiques d'un foule d'états pathologiques sont inconnus. Nous ignorons presqu'entièrement les altérations que présentent les fluides animaux et le sang en particulier, aux différentes périodes des maladies. Les modifications que subit l'appareil nerveux dans ses conditions dynamiques sont couvertes de l'obscurité la plus profonde. La description des symptômes, de la marche, de la durée, du mode de terminaison, des complications nécessaires ou accidentelles de la plupart des maladies, n'est basée que sur un petit nombre d'observations, ou plus encore sur une observation vague, sur des à peu près; et ce sont ces descriptions faites, comme l'on dit, à grands traits, que l'on a trop souvent admirées. Les modifications que subissent les phénomènes morbides sous l'influence des divers agens, sont encore plus mal déterminées. L'histoire des maladies des différentes époques et des différens lieux sont tracées trop incomplètement pour que nous puissions assurer qu'elles n'ont éprouvé sous les diverses influences qui ont agi, aucune modification. La maladie désignée dans le moyen âge sous le nom de *lèpre*, n'a certainement plus aujourd'hui tous les caractères qu'elle avait à cette époque.

La syphilis est actuellement différente de ce qu'elle fut au moment de son apparition ou de sa recrudescence, si l'on veut. Si des maladies nouvelles se sont developpées ou se montrent pour la première fois à notre observation, celles qui ont été anciennement observées peuvent bien s'être modifiées. Enfin, même pour les maladies qui ont été le sujet des observations les plus précises et les plus étendues, leur histoire n'a été établie que d'après des observations prises dans les hôpitaux, par conséquent sur une classe d'individus soumis, en général, à des causes pathogéniques différentes de celles des autres classes de la société. Que de lacunes à combler!

Formation des généralités pathologiques. — Chacun des faits pathologiques complexes qui constituent les maladies, ou du moins la plupart, a été, nous supposons, étudié dans ses causes, dans ses phénomènes, dans ses modifications, selon les diverses conditions organiques d'âge, de sexe, de constitution, etc. Pour remonter aux principes et aux lois de la pathologie, il reste à faire sur ces premiers résultats de l'observation un autre travail que celui par lequel nous les avons obtenus.

Si toutes les maladies consistaient dans une lésion quelconque bien circonscrite de quelque organe, il n'y aurait, pour nous mettre sur la voie de ces principes et de ces lois, qu'à étudier les caractères des divers états pathologiques fondamentaux, à les comparer les uns avec les autres, à rechercher les conditions communes dans lesquelles ces états morbides se produisent, les effets communs qu'ils présentent, le genre d'agens qui les modifient. Mais il est loin d'en être ainsi, et les points de vue généraux sous lesquels doivent être envisagées les maladies, sont plus compliqués et plus nombreux, par l'effet même du nombre et de la complication de leurs éléments.

Mais ici, avant d'entrer dans ces considérations, nous devons remarquer qu'il y a eu, et qu'il y a encore pour la constitution des généralités de la pathologie deux tendances différentes des esprits. Les uns, n'ayant en vue que le but immédiat de cette science, que ses applications directes, n'étudient chacun des élémens des maladies que pour fournir les moyens de les reconnaître, d'en prédire les événemens, et de leur appliquer les moyens thérapeutiques dont l'expérience a constaté les avantages ou l'efficacité. C'est

aiusi qu'ont été considérés à part, et sans rechercher leurs liaisons entre eux, et leurs rapports avec les causes morbifiques, chacun des phénomènes que présentent les maladies, dans les traités de symptomatologie et de séméiologie. Les nouveaux phénomènes que les recherches anatomiques ont fait ajouter aux maladies, sont venus se ranger comme simples caractères complémentaires, à côté des autres signes morbides avec lesquels sont signalés, quand il y a lieu, leurs rapports de fait. Toute l'anatomie et la physiologie de ces pathologistes consistent donc à étudier les différences d'aspect, de structure, les différences d'actions que présentent les organes dans l'état normal et dans l'état morbide, pour en tirer des connaissances positives sur les caractères physiques de ce dernier état. Cette ligne, sans être strictement et également suivie par les auteurs qui repoussent tous les efforts de systématisation des phénomènes pathologiques, a été celle des anciens empiriques, des observateurs hippocratistes du XVI[e] siècle, et enfin, c'est celle que, après Morgagni, le véritable créateur de l'anatomie pathologique, ont suivie Lieutaud, Corvisart, Pinel, Bayle, Laennec, en France; Conradi, Voigtel, Otto, Meckel, en Allemagne, et qui, suivant quelques pathologistes, ne devrait pas être dépassée.

Les autres, précédés par les dogmatistes de toutes les époques, qui, sans posséder les faits suffisans, sans même s'en enquérir, prétendirent remonter aux principes des choses, mais ramenés plus ou moins rigoureusement à la méthode expérimentale par l'exemple des sciences physiques congénères, ceux-là envisagent les faits pathologiques d'une autre manière, et cherchent à les systématiser, c'est-à-dire, à les rapporter à des faits généraux. A l'aide de l'analyse, ils séparent et étudient les faits morbides élémentaires, les rapprochent les uns des autres pour en connaître les conditions de développement, les rapports, etc. C'est dans cette voie féconde en périls, mais qui nous semble devoir conduire à la véritable constitution scientifique de la pathologie, si l'on sait s'y diriger avec prudence, que se sont engagés Bordeu, Fabre, Hunter, Reil, et surtout Bichat, le brillant créateur de cette partie de la pathologie qu'on a désignée plus récemment par le nom de *physiologie pathologique*, Bichat, dont Broussais et son école ont exagéré et faussé les principes,

même ceux qui étaient les plus hasardés; c'est cette voie que suivent le plus grand nombre des pathologistes actuels.

Voulons-nous donc nous élever plus haut dans la connaissance de l'état morbide, nous avons à nous livrer à une analyse plus profonde des affections pathologiques. L'observation nous a signalé chacun de ces états complexes de l'organisme désignés par le nom de maladie. Nous avons étudié, comme il a été dit, les dispositions organiques plus ou moins nécessaires à leur développement, leurs modifications diverses. Il nous faut maintenant, par une vue d'ensemble sur tous ces faits pathologiques, en abstraire les élémens communs, les étudier à part dans toute la série des faits connus, rechercher leurs relations entre eux, leurs rapports avec les phénomènes physiologiques normaux dont ils sont une déviation. Ainsi, nous constatons les effets communs à chacune des causes prédisposantes ou déterminantes signalées dans l'étiologie de chaque maladie spéciale; nous étudions les caractères, les conditions de génération, l'ordre de succession, les rapports, le rôle primitif ou secondaire de chaque phénomène morbide qui entre comme élément commun dans les divers groupes de maladie. Nous examinons de quelle manière ils se combinent entre eux pour former la maladie, et comment chacun d'eux est modifié, influencé par les conditions de cause, d'âge, de sexe, de constitution. Il faut même, analysant encore davantage, rechercher comment tout élément simple de maladie est modifié dans chaque tissu organique, dans chaque organe, dans chaque appareil. C'est là une étude de pathologie générale, parallèle à celle qui a constitué l'anatomie et la physiologie générale; c'est cette étude qui avait été si grandement commencée et ébauchée par Bichat, et qui demande à être continuée.

Comme les actions organiques s'expriment par deux séries de faits, matériels et fonctionnels, il faut étudier les élémens morbides dans l'organe matériel et dans le trouble de la fonction. D'après cette base, nous admettons les élémens morbides suivans:

1° Lésions matérielles se passant dans la trame des tissus, et y déterminant des modifications visibles permanentes, telles que la congestion sanguine, l'inflammation, l'atrophie, l'hypertrophie, la tuberculisation, le cancer, etc.

2° Lésions morbides ayant également lieu dans la trame des tissus, mais sans modification matérielle appréciable : on aperçoit surtout un trouble de la fonction et un résultat matériel, mais secondaire de la lésion (hémorrhagie, exhalations séreuses, gazeuses, ou hydropisies et pneumatoses).

3° Lésions fonctionnelles complexes et simples : fièvre ou état fébrile; état typhoïde ou adynamique; état hectique ou cachectique; syncope, douleur, spasmes, délire, aliénation mentale, altérations sensoriales, dyspnée, etc.

4° Altérations du sang (les altérations des autres fluides animaux se lient aux lésions fonctionnelles des organes sécréteurs).

Mais si nous avons signalé les lacunes nombreuses que présente l'histoire des maladies; si l'analyse d'où nous tirons les généralités et les lois secondaires de la pathologie ne peuvent s'appliquer qu'à un certain nombre de faits pathologiques, et même souvent qu'à certaines parties de ces faits, il est évident que ces généralités seront très incomplètes, et le plus souvent provisoires.

Du reste, nous le répétons, nous ne prétendons pas que la pathologie soit nécessairement astreinte à cette marche graduellement ascendante que nous semblons lui imposer. Comme dans toutes les autres sciences physiques, et plus encore peut-être, elle est condamnée à des oscillations, à des retours sur ses points de départ, à des essais de généralisation partielle, qui tantôt dirigeront l'observation particulière et les applications de l'art, tantôt en recevront des accroissemens ou des rectifications. N'est-ce pas ainsi que s'est avancée, avant l'histoire des autres élémens morbides, celle de l'inflammation et des diverses maladies inflammatoires? Mais gardons-nous de croire que l'observation patiente des faits puisse être remplacée par le génie qui s'élève aux principes, par cette puissante synthèse qu'on invoque si souvent pour l'opposer aux observateurs. Certes, nous ne défendons pas au génie de saisir de ces rapports qui jettent tout à coup la lumière sur tout un ordre de faits isolés et inexplicables; nous ne proscrivons pas cette synthèse dont on parle tant dans certaines écoles. Mais encore une fois, pour trouver des rapports, il faut des faits; pour exercer utilement cette synthèse, il faut encore des faits qui en vérifient les résultats, et les fassent

passer de l'état de spéculation à celui de vérité. On prétend que Keppler, sans lequel Newton n'eût sans doute pas établi sa théorie générale de l'attraction, fatigué de voir l'astronomie livrée à une observation isolée, se proposa de trouver les lois qui régissent les révolutions planétaires, et y parvint en passant par une série d'hypothèses qu'il rejeta jusqu'à ce qu'il eût rencontré celle qui concordait avec les faits. Malheureusement les théoriciens de la médecine sont loin d'imiter la réserve et la patience du célèbre astronome, et se hâtent, sans les soumettre à l'épreuve des faits, d'introniser leurs spéculations. C'est là souvent le vice des théories partielles, et toujours celui des théories générales. La médecine, loin de posséder des lois de Keppler, n'est pas même au point où était parvenue l'astronomie avant ce grand homme, et chacun veut en être le Newton ou du moins appelle de ses vœux un Newton !

En attendant ces résultats du génie, nous n'avons pas autre chose à faire qu'à observer les faits pathologiques, si incomplètement connus encore, et qu'à nous servir pour cela de la méthode analytique de M. Louis. Car, indépendamment de la nécessité d'y avoir recours pour représenter les cas individuels soumis à l'observation, quelle puissance n'a pas une méthode qui, par elle-même, sans ces efforts d'induction et de synthèse qui dans le même sujet ont conduit Broussais à l'erreur, a donné ce magnifique résultat de la réduction des fièvres essentielles dans l'affection typhoïde. La vérité est, en quelque façon, sortie toute seule des faits.

Division de la pathologie en spéciale et en générale. — En traçant la manière dont se forment les notions diverses qui composent la pathologie, en montrant que ces notions générales, suivant qu'elles représentent l'histoire des individualités morbides de même espèce qui constituent des maladies particulières, ou suivant qu'elles expriment les faits communs aux divers groupes affines de maladies, et les rapports de ces faits, ou les principes et les lois qui les régissent, nous avons implicitement déterminé ce que nous entendrions par pathologie descriptive ou spéciale, et par pathologie générale ou théorétique, si nous croyions qu'on dût établir une semblable distinction. Les généralités du premier degré, comprenant la description des genres et des espèces de maladies, appartien-

draient à la pathologie spéciale; les généralités de second ordre, celles qui concernent les phénomènes élémentaires des maladies, le mode d'action des causes morbifiques, les caractères généraux des maladies, à la pathologie générale.

Sans doute, puisque nous avons déclaré tout-à-fait arbitraire cette division de la pathologie en spéciale et en générale, il importe peu que l'on établisse entre l'une et l'autre une délimitation bien précise. L'essentiel à observer, à quelque degré de généralité qu'on s'arrête pour l'une, ou qu'on commence pour l'autre, c'est que les notions qu'on y fait entrer soient le résultat d'une observation exacte, d'une analyse complète et d'une induction rigoureuse; le reste est une affaire de forme qui regarde les auteurs et non la science. Toutefois, si l'on tient à traiter à part, sous le nom de *pathologie générale*, des faits généraux et des principes de la science, nous ne voyons pas l'avantage d'y exposer, comme l'ont fait quelques auteurs, les généralités relatives à divers genres de maladies, constitués par de simples différences de siége, tels que les genres qui sont formés, dans les phlegmasies, par les tissus où elles se montrent; dans les fractures, par le genre et l'espèce d'os qu'elles affectent : c'est le phénomène général *inflammation*, c'est le phénomène général *fracture* qui doit être le sujet des considérations de la pathologie générale.

On a encore présenté la pathologie générale comme une introduction à la pathologie spéciale. Cette idée, formulée ainsi sans restriction, manque de justesse. Sans doute, si l'on comprend sous le nom de *pathologie générale* ces notions préliminaires à l'exposition de la pathologie comme à celle de toute science, destinées à indiquer le sens des mots dont on y fait usage, à exposer les diverses connaissances, les divers moyens ou procédés techniques nécessaires à l'observation des phénomènes, les méthodes qu'on doit suivre pour constituer les différentes parties de la science, rien n'empêche de se servir dans ce sens de cette dénomination. Mais si, comme on doit plutôt l'admettre, on entend par pathologie générale l'ensemble des faits généraux et des principes de la science des maladies, loin d'être une introduction à la pathologie spéciale, elle en est le résultat, le couronnement. On peut bien, dans une exposition synthétique de la pathologie, présenter d'abord les généralités les plus élevées, pour descendre graduellement

aux généralités de second ordre et aux individualités; mais sans oublier leur ordre de génération. Ainsi, dans les sciences naturelles, l'exposé des caractères des classes, des ordres, précède celui des caractères, des genres et des espèces, dont ils n'expriment que les rapports généraux.

Nous ferons remarquer, en terminant ces premières considérations sur la pathologie, que nous avons dû envisager ici cette science, indépendamment de ses applications, cherchant à se constituer, comme toutes les autres sciences physiques et naturelles, avec les données que lui fournit l'observation de tous les faits morbides, quelles que doivent en être les conséquences, quelles que soient les circonstances dans lesquelles ils ont été observés, quels qu'aient été enfin le but de l'observateur et les moyens employés par lui. Les règles techniques, c'est-à-dire les préceptes destinés à diriger l'exercice de l'art qui se propose d'agir pour les modifier sur les phénomènes dont s'occupe la science, ces règles ne sont qu'une déduction de celle-ci. Ces deux parties sont communément réunies dans les ouvrages de chirurgie et de médecine pratique; mais ce n'est pas une raison de ne pas les distinguer, logiquement au moins. Quelques auteurs ont prétendu, à la vérité, que la partie scientifique doit toujours être subordonnée à la partie technique, que la science ne doit être faite qu'en vue de l'art. Cette opinion, si elle était admise, serait funeste à l'art aussi bien qu'à la science. En effet, proscrire les recherches et les vues théoriques qui n'ont pas une application immédiate, ce serait se condamner à rester éternellement dans un cercle restreint d'observations et de préceptes purement empiriques. C'est, du reste, pour n'avoir pas fait cette distinction entre la science et l'art, c'est pour avoir souvent confondu le caractère et les données de celle-là avec les exigences et les essais incertains de celui-ci, que des hommes supérieurs, Zimmermann, entre autres, l'auteur du beau livre *De l'expérience*, où se trouvent tant de vues profondes sur l'art médical, n'ont traité certaines questions générales que d'une manière vague et obscure.

En parlant des points de vue généraux sous lesquels doivent être envisagées les maladies, nous n'avons dû que signaler les différentes parties de la science qui en naissent, puisque chacune d'elles est l'objet d'un article particulier dans cet ouvrage

(*voy.* Étiologie, Symptomatologie, Anatomie pathologique, Thérapeutique), et que chaque cause, chaque état pathologique élémentaire est également l'objet de considérations particulières (Inflammation, Cancer, Tubercule, Fièvre, etc.). Nous terminerons donc ces considérations sur la pathologie par quelques réflexions sur la nature, le siége et la délimitation des maladies, sur la pathogénie et sur la classification des diverses affections morbides.

§ II. — Considérations pathogéniques. — Délimitation et classification des maladies.

De la nature des maladies. — La nature des maladies a été le sujet de discussions stériles et la source d'erreurs déplorables. Il en est ainsi arrivé, parce que, sans s'inquiéter des règles et des limites imposées à nos moyens de connaître, on a toujours voulu deviner ce que l'on ne pouvait savoir, et même ce que l'on ne saura probablement jamais. — La nature ou l'essence des maladies, comme au reste celle de quelque chose que ce soit, nous est entièrement inconnue, et sera sans doute toujours cachée à notre intelligence, en tant que nous entendions par les mots de nature et d'essence ce qui fait qu'elles sont telles qu'elles se présentent à nos yeux. Sans doute, au-delà des phénomènes qui les constituent pour nous, il existe, du moins on ne peut s'empêcher de le concevoir, il existe une modification matérielle de laquelle ils dépendent. Mais cette vague conception est tout ce que nous puissions établir sur la nature des maladies; et, dans l'impossibilité d'arriver à quelque chose de précis, nous sommes obligés, pour la représenter, de nous en tenir à l'ensemble des phénomènes perceptibles que les maladies offrent à notre observation, à l'ordre de succession de ces phénomènes, aux circonstances, aux lois et aux conditions de leur production, aux rapports ou caractères communs qu'ils présentent. Ainsi donc, quand nous disons que nous connaissons la nature d'un état morbide, nous ne prétendons pas connaître l'action organique intime qui en forme la cause essentielle, la condition première des phénomènes qui le constituent, mais seulementt les conditions de leur développement, et leur ordre de succession. Tous les états morbides qui présenteront des caractèreset des lois

analogues seront considérés comme de même nature. «Expliquer un phénomène, a dit Barthez, se réduit toujours à faire voir que les faits qu'il présente se suivent dans un ordre analogue à l'ordre de succession d'autres faits qui sont plus familiers, et qui dès lors semblent être plus connus»; c'est, à proprement dire, reconnaître sa nature.

Ainsi la rougeur, la chaleur, la tuméfaction, la douleur, la sécrétion d'un liquide plastique ou d'un liquide purulent, observées dans un tissu quelconque de l'économie, et survenues, sous l'influence de causes dites irritantes, dans un ordre constant, ont été considérées comme l'expression d'un état morbide particulier, que l'on a désigné par le nom d'*inflammation;* et nous considérons comme des maladies de même nature toutes celles dans lesquelles nous retrouvons la réunion des mêmes caractères fondamentaux (maladies inflammatoires).

C'est de la même manière, sans avoir toutefois une connaissance aussi précise et aussi approfondie de leurs phénomènes, que nous reconnaissons dans les hémorrhagies, dans les affections rhumatismales, goutteuses, scrofuleuses, tuberculeuses, cancéreuses, scorbutiques, syphilitiques, dans les fièvres intermittentes, dans les névralgies, dans les fièvres exanthématiques, etc., des maladies d'une nature particulière et bien connues par les traits particuliers qui les signalent chacune à notre pensée sous ces noms généraux. Beaucoup de maladies restent isolées, parce qu'elles ne se rattachent jusqu'à présent par aucun phénomène bien important à quelque groupe d'affections connues, et constituent jusqu'à nouvel ordre des maladies d'une nature particulière : telles sont la peste, la fièvre jaune, la dothinentérie, le choléra asiatique.

Peut-être devrait-on borner aux groupes de maladies dont les phénomènes présentent des caractères essentiellement différens la désignation qui exprime une nature particulière. Mais l'usage en a décidé autrement : et comme toute différence un peu importante, quoique non fondamentale, dans les circonstances et les caractères d'une maladie, fait concevoir une modification, sinon une opposition de nature dans l'état matériel intime, cette différence, indépendamment de l'idée de sa cause prochaine, doit être signalée et exprimée. C'est ainsi que la propriété de se produire par contagion fait dire que telle maladie est de nature contagieuse ; c'est

ainsi que telle inflammation est dite de nature scrofuleuse, parce que les phénomènes inflammatoires présentent des caractères particuliers, lorsqu'ils se développent chez les individus scrofuleux, et que ces phénomènes, rebelles aux antiphlogistiques ordinaires, sont heureusement combattus par des médications employées avec succès dans les scrofules. Cette dénomination d'inflammation scrofuleuse ne doit pas faire admettre, du reste, que la maladie soit composée de deux élémens morbides, d'un élément inflammatoire et d'un élément scrofuleux. Ce serait un abus de l'analyse. La maladie est une : seulement elle a des caractères particuliers que nous exprimons par une dénomination tirée de ses rapports avec l'affection scrofuleuse.

Nous n'avons cité que les maladies d'une nature complexe, révélée par des caractères positifs. Jadis les hypothèses humoles avaient fait admettre des maladies de nature pituiteuse, de nature bilieuse, etc. Il se peut faire que certaines maladies ainsi désignées eussent des caractères spéciaux qui leur méritassent un nom particulier; telles furent, sans doute, les pneumonies et les pleurésies bilieuses de Stoll. Mais ce nom, suggéré par une étiologie hypothétique, s'il reste, ne doit plus rappeler qu'une physionomie particulière de la maladie. Nous en dirions presqu'autant des dénominations par lesquelles des auteurs récents ont désigné leurs distinctions des ophthalmies, distinctions souvent spéculatives, fondées sur un véritable cercle vicieux, par suite duquel on prétend que telle forme d'ophthalmie est commandée par telle constitution ou telle affection générale, et qu'en même temps elle révèle l'existence de cette constitution ou de cette affection générale.

Ainsi donc, pour résumer les véritables principes qui doivent conduire à la détermination de la nature des maladies, on voit que les sources auxquelles nous devons puiser nos renseignemens sont diverses. Tantôt, en effet, l'état matériel apparent nous suffira pour caractériser la maladie et déterminer sa nature. Ainsi les caractères anatomiques de l'inflammation, du cancer, du tubercule, expriment pour nous la nature de la maladie. Mais l'état matériel apparent n'est pas toujours le fait fondamental de l'état morbide : quelquefois il n'est qu'accessoire et subordonné à une circonstance majeure qui révèle

la nature de la maladie ; d'autres fois, bien que l'état matériel soit le même que dans un autre cas où il suffit à caractériser la maladie, cependant telle condition de sa formation doit la faire considérer comme de nature différente. Souvent, enfin, on ne peut saisir aucun état matériel apparent ; mais seulement des troubles fonctionnels. Dans ces divers cas, l'observation exacte de toutes les circonstances qui se rattachent à la maladie, pourra seule nous amener à nous faire une idée de sa nature, et l'étiologie, la symptomatologie, la marche, la terminaison, et même le traitement nous fourniront sur ce point des lumières que l'anatomie pathologique se refuse à donner seule.

II. *Siége des maladies.* — Nous avons établi que la nature intime des maladies nous est entièrement cachée; que nous ne connaissons, et ne pouvons connaître d'aucune manière, l'état, l'action moléculaire des tissus que, d'après une vague induction, nous concevons comme constituant les maladies, ou du moins comme le point de départ, la *cause prochaine* de tous les phénomènes qui la manifestent à nos yeux et la constituent réellement. Or, ces phénomènes sont de deux sortes : ou bien les troubles fonctionnels généraux sont accompagnés de phénomènes organiques locaux constans, ou bien ces troubles fonctionnels existent seuls. Dans tous les cas, quel est l'organe dont la lésion tient sous sa dépendance tous les autres phénomènes de la maladie; en un mot, quel est le siége de la maladie? Telle est une des questions importantes qu'il s'agit de résoudre pour arriver à la connaissance la plus complète possible de chacun des états pathologiques.

Parmi les maladies dans lesquelles existent des lésions locales appréciables, il en est un certain nombre dont il est facile de déterminer le siége. Le plus simple rapprochement des phénomènes fait reconnaître aussitôt ceux auxquels sont liés tous les autres et l'organe qui en est le foyer. On sait, de plus, quelle est la nature ou le caractère de ces phénomènes. Nous avons alors de la maladie une connaissance assez complète pour en tirer et la dénomination et la définition, qui deviennent en quelque sorte identiques. C'est ainsi que certains groupes de symptômes sont reconnus comme dépendans des diverses altérations que produit l'inflammation ou l'affection tuberculeuse dans le poumon, et que nous proclamons avec certitude le

siége et la nature de la pneumonie et de la phthisie pulmonaire. D'autres fois, le siége, et sous certains rapports, le caractère de la maladie, ne sont pas moins évidens, quoique nous n'ayons pas une idée aussi nette de la nature de l'altération qui en est la condition anatomique. Ainsi, depuis le beau travail de M. Rochoux sur l'apoplexie, on ne dispute plus sur la spécialité, le siége et les altérations anatomiques de la maladie connue sous le nom d'*apoplexie sanguine*, et à laquelle ce médecin veut qu'on réserve exclusivement le nom d'*apoplexie ;* mais il n'est pas encore généralement admis, avec M. Rochoux, malgré les motifs très fondés de son opinion, que l'altération organique consiste dans un ramollissement particulier, *hémorrhagipare*. De même du *ramollissement du cerveau :* les caractères anatomiques et les symptômes de cette affection ont été très bien dévoilés par les recherches de MM. Rostan et Lallemand ; mais nous n'en connaissons pas la nature: nous ignorons si l'altération est identique dans tous les cas, si elle est primitive, ou bien le résultat d'autres altérations du tissu cérébral.

Mais toutes les maladies ne présentent pas ces conditions favorables. Plusieurs offrent encore des lésions matérielles, il est vrai; mais ces lésions paraissent insuffisantes à produire les désordres fonctionnels: on ne saisit pas de rapports nécessaires de subordination entre ces deux ordres de faits; on ne peut considérer les premiers comme point de départ, comme condition anatomique de la maladie, comme en spécifiant le siége. Dans ces cas, comme dans ceux où il n'existe que des troubles fonctionnels, c'est à un autre ordre de considérations que nous devons nous adresser pour déterminer le siége de la maladie : le plus souvent, il faut l'avouer, ce siége sera, ou tout-à-fait inconnu, ou très douteux et très contestable. Il faut chercher, par un examen rigoureux des symptômes, la fonction ou les fonctions qui sont principalement et primitivement troublées; et, cette distinction bien établie, nous pourrons parvenir à savoir le siége des phénomènes morbides : l'acte fonctionnel, en effet, ne peut pas être différent de ce qu'il est dans l'état normal, sans que la condition matérielle de laquelle il dépend ne soit différente, sans que l'organe qui le produit ne soit par conséquent modifié. Ainsi donc, de ce qu'on ne trouve dans un cadavre aucune lésion appréciable, on ne

doit pas en inférer que la mort est survenue sans altération organique : là où nous ne la rencontrons pas, nous ne devons certainement pas la supposer, encore moins en désigner la nature, mais nous pouvons en soupçonner l'existence, surtout en présence des découvertes récentes qui ont montré dans les organes des lésions très marquées qu'on n'apercevait pas auparavant, ou que l'on regardait comme sans conséquence : quoiqu'on ne rencontre pas de lésion dans les nerfs atteints de névralgie, on ne pense guère à placer le siége de ce genre d'affection en dehors du système nerveux.

Parmi les symptômes d'une maladie, les uns sont capitaux, caractéristiques : c'est dans les organes dont ils relèvent qu'on devra faire siéger la maladie. Pour les autres phénomènes, ils ne sont que les accessoires des premiers, qui les tiennent sous leur dépendance et les déterminent en vertu de certaines relations particulières : les modifications organiques qui les produisent ne sont alors que secondaires dans les cas observés : c'est par cette méthode que le siége de l'hystérie, de l'épilepsie, etc., a pu être placé, par Georget, dans le système cérébral, et que les actions ou les lésions organiques, observées en dehors de ce système, ont été considérées avec raison comme de simples causes prédisposantes, ou même comme de pures coïncidences occasionnelles. Cette localisation, tout en étant moins rigoureuse que dans les cas précédents, peut cependant offrir un certain degré de précision, et elle a une utilité réelle en dirigeant les recherches vers l'organe qu'on sait affecté, en fournissant des règles pour le traitement, pour la prophylactique, etc.

Il est maintenant des maladies auxquelles on ne peut jusqu'ici assigner de siége, même en raisonnant par induction, car aucun organe ne se présente primitivement ni spécialement atteint : tous les appareils sont troublés presque ensemble, et à un même degré, dans les actes qu'ils accomplissent : telle est la fièvre intermittente. Quelquefois même cette localisation est impossible, bien qu'il existe des lésions matérielles appréciables ; mais c'est qu'alors ces lésions n'offrent pas, avec les divers phénomènes observés, des rapports qui permettent de leur en attribuer la production. Ainsi, dans la variole, la scarlatine, la rougeole, il paraît difficile d'établir que le siége de la maladie est à la peau, car l'éruption semble un effet bien plutôt qu'une

cause, ou du moins n'entre que comme un des caractères principaux dans l'ensemble de phénomènes qui constitue ces affections.

Nous pourrons, comme on le voit, déterminer le siége des maladies, tantôt directement, à l'aide de la connaissance des lésions matérielles appréciables, tantôt par induction, à l'aide de l'analyse physiologique des symptômes observés; dans d'autres cas, enfin, cette détermination est encore impossible.

III. *Délimitation des maladies.* — En indiquant la manière dont il faut procéder dans la recherche de la nature des maladies et dans la détermination de leur siége, nous avons bien avancé ce que nous avons à dire de leur délimitation : nous devons, en effet, opérer sur les mêmes bases, nous servir des mêmes sources d'instruction : la façon de les employer, le résultat que l'on veut en obtenir, diffèrent seuls.

Délimiter une maladie, c'est constituer, à l'aide de l'observation, une sorte de tout pathologique ou d'individualité morbide, séparé de tout autre par des différences suffisantes, qui indiquent que sa cause, sa condition organique, sa nature, quelle qu'elle soit, est différente. Dans l'ignorance où nous sommes de ce qui constitue essentiellement les maladies, nous sommes bien obligés de considérer comme maladies distinctes tous les groupes de symptômes qui nous paraissent liés constamment entre eux, qui ont un ordre de succession, une terminaison, des effets tout particuliers, qui sont associés à certaines altérations organiques plus ou moins constantes.

Toutes les fois que l'on rencontrera, comme dans les cas de pneumonie, de phthisie pulmonaire, une lésion matérielle bien démontrée, et qui soit bien évidemment le point de départ des symptômes observés, la délimitation sera facilement établie : trouver alors la lésion, ce sera trouver la maladie, car elle en est le caractère fondamental, indispensable en quelque sorte; les autres sont moins constans et moins précis. Quels qu'aient été les symptômes observés pendant la vie, et quelles que soient les altérations que l'on rencontre dans d'autres organes, lorsqu'on trouve l'hépatisation du poumon, on admet sans hésiter l'existence antécédente d'une pneumonie. Mais il n'est pas toujours facile d'établir la condition anatomique d'une maladie, de prononcer que telle lésion est la cause, le point de départ de tous les autres

phénomènes. C'est par une série d'inductions tirées du genre de causes, du rapprochement des divers phénomènes de la maladie pendant tout son cours, avec le développement de la lésion, ses degrés d'intensité, etc., qu'on arrivera à cette détermination.

Dans les cas où il n'existe pas de lésion matérielle fondamentale qui soit le point de départ évident des symptômes observés, dans les cas surtout où nous ne trouvons aucune lésion matérielle appréciable, nous ne pourrons parvenir à délimiter la maladie que par l'observation exacte de toutes les circonstances qui se rattachent à l'état morbide, comme nous l'avons fait pour la nature et le siége. Alors, nous aidant de ce que nous savons déjà sur ces deux points, nous réunirons tous les symptômes qui se trouvent constamment liés entre eux, et qui offrent une marche et une terminaison particulières. Quelquefois, bien que les lésions anatomiques observées ne puissent pas être considérées comme le point de départ, le fondement de la maladie, cependant elles seront encore d'un très grand secours pour leur délimitation, car elles seront un symptôme, un caractère plus positif qu'un simple désordre fonctionnel. Ainsi, l'ulcération des plaques de Peyer ne tient sans doute pas, dans la délimitation de la dothinentérie, la même place que l'hépatisation pulmonaire dans celle de la pneumonie; elle est cependant un fait important, car jusqu'ici elle délimite cette affection de façon à la distinguer des maladies qui s'en rapprochent par la plupart des symptômes. De même encore, dans les fièvres éruptives, l'éruption particulière à chacune d'elles ne peut pas être considérée comme la cause des symptômes observés, et cependant elle établit formellement l'individualité de chacune de ces maladies. Beaucoup de maladies de la peau, et même d'autres organes, caractérisées par des lésions toutes spéciales, ne sont que les effets d'un autre état morbide, ou du moins s'y lient comme effets communs. Ce sont ces maladies qu'on a nommées *symptomatiques* ou *sympathiques*, pour exprimer la dépendance où elles se trouvent d'une condition pathologique éloignée. Combien de maladies considérées comme locales ne sont-elles pas dans le même cas!

Cette ressource nous manquera complètement dans les cas où il n'existe pas de constante altération : la délimitation sera

alors bien plus douteuse ; elle sera entièrement basée sur les caractères et la coordination des symptômes : les groupes de symptômes qui sont le plus fréquemment en rapport, qui présentent le plus d'analogie dans leur intensité, leur marche, etc., formeront autant de maladies distinctes.

C'est à tort qu'on voudrait proscrire cette méthode de délimitation des maladies sous le vain prétexte qu'on réalise des abstractions, qu'on fait de l'*ontologie*, pour rappeler le terme assez impropre dont se servait M. Broussais dans ses discussions avec ses adversaires, quels qu'ils fussent, qui ne partageaient pas son opinion hypothétique. Considérer comme une affection spéciale, et désigner à ce titre par un nom particulier tout groupe de phénomènes morbides simultanés ou successifs, liés entre eux par des rapports constans, ce n'est qu'exprimer un fait. On n'en rattache pas moins, quand on le peut, les modifications fonctionnelles aux organes; on ne se représente pas pour cela, ainsi qu'on s'est plu à le dire, la maladie comme un être à part, qui fond sur l'organisme, lutte avec le principe vital, se fixe sur les tissus, ou circule avec les humeurs. Sans doute beaucoup d'auteurs, par leur langage peu précis, et par leurs fausses idées de pathogénie, ont pu donner lieu de penser qu'ils prenaient pour des réalités ces images et ces métaphores. Mais leur erreur ne change pas la nature des objets qui leur ont fourni d'absurdes inductions. Toutes les subtilités du monde n'empêcheront pas de voir dans la série spéciale de phénomènes que nous désignons par le nom de *variole*, dans cet état fébrile, cette inflammation pustuleuse de la peau, ces phlegmasies même de divers viscères, qui suivent l'introduction d'un fluide particulier dans l'économie, et qui aboutissent à la production d'un fluide semblable, c'est-à-dire ayant la propriété de faire développer les mêmes phénomènes qui lui ont donné naissance; de voir, disons-nous, dans ces phénomènes, une liaison nécessaire qui en fait un acte en quelque sorte unique, quoique complexe, dépendant, par conséquent, de conditions organiques particulières, mais inconnues dans leur siége et leur nature. Tant que nous ne connaîtrons pas cette condition organique, nous serons bien obligés de la représenter par l'ensemble de ses effets. Ainsi doit-il en être de tout groupe de symptômes qu'on ne peut rattacher à une altération organique spéciale.

Au reste, la délimitation des maladies peut recevoir, et reçoit chaque jour des modifications fréquentes : tout progrès acquis à la science par une observation plus rigoureuse des faits et de leurs rapports peut changer la disposition des groupes, et réunir des maladies jusque-là distinctes, ou séparer des faits considérés jusque-là comme uniques : tel a été, dans ces derniers temps, l'admirable résultat auquel M. Louis a été conduit par l'analyse, qui lui a fait reconnaître dans la dothinentérie les formes diverses des principales fièvres essentielles : telles ont été les importantes découvertes de Corvisart, de M. Bouillaud, de M. Bright, par suite desquelles l'hydropisie a été rayée du cadre nosologique, et reléguée parmi les symptômes, comme un effet de la gêne de la circulation dans le cœur ou les gros vaisseaux, de la compression des veines, et d'une altération particulière des reins.

IV. *De la pathogénie.* — En établissant précédemment que les généralités les plus élevées de la pathologie, celles qui concernent les causes pathogéniques, la formation et le développement des maladies, ne peuvent résulter que de la connaissance et de la comparaison des généralités secondaires, tirées elles-mêmes de l'examen des faits particuliers, de leurs caractères, de leurs lois, c'était prononcer qu'il n'existe pas encore de science pathologique dans le véritable sens du mot. En effet, le corps de de doctrine que nous décorons du nom de pathologie, ne se présente à nos yeux que comme un ensemble de notions empiriques, fort utiles sans doute pour nous fournir quelques préceptes techniques, mais qu'aucun lien ne réunit encore sous des chefs généraux. Cependant il a de tout temps existé des esprits hardis, qui, poussés par le besoin de soumettre les faits pathologiques à cette systématisation sans laquelle l'art sera livré constamment à l'incertitude, essayèrent, malgré l'absence des élémens suffisans, de constituer des théories pathogéniques. On connaît les vaines tentatives des solidistes et des humoristes anciens et modernes, pour trouver dans des conditions imaginaires des tissus ou des fluides de l'organisme la cause productrice de toutes les maladies. Je ne parle pas des systèmes abstraits, qui n'ont jamais été que de stériles reproductions des facultés occultes des anciens, et qui cachent sous le vague et l'obscurité des mots l'ignorance des choses. Nous avons assez fait voir ce que

nous attendons maintenant des pathologistes; ce sont des faits généraux secondaires qui puissent un jour aider à remonter plus haut.

Cependant, malgré l'exemple de chutes fameuses, nous ne sommes pas encore guéris de cette ardeur de théorie générale. Certains faits physiologiques et pathologiques nous montrent bien dans le vague et le lointain la région des principes pathogéniques. Mais c'est à peine si nous en sommes rapprochés de quelques pas depuis nos plus anciens devanciers. Examinons donc quelques-unes des conditions de ce problème pour apprécier les anciennes comme les nouvelles tentatives.

L'étude des causes intimes des maladies se rattache évidemment à l'examen des conditions premières de la vie : or, ces conditions sont au nombre de trois : 1º une portion solide, instrument de tous les phénomènes, base d'opération des deux autres agens; 2º un fluide sans cesse en mouvement, pénétrant cette espèce de gangue organique qu'il excite et nourrit, se formant et se décomposant continuellement; 3º un agent particulier, l'influx nerveux qui donne et entretient, avec le sang, dans le solide organique, les propriétés diverses qui lui sont propres. Ces trois conditions sont dans un état de relation et de dépendance indissoluble : leur harmonie est indispensable à la vie. C'est donc dans l'altération de ces trois conditions fondamentales que se trouveront l'origine des maladies et la cause de la mort. Une induction assez rigoureuse des faits physiologiques conduit à ce fait général; et nous verrons plus bas que des faits morbides tendent à l'établir pour chacun des élémens que nous avons indiqués comme partie essentielle de l'organisme. Il n'est, dès lors, pas étonnant que ces élémens aient été pris chacun tour à tour comme point de départ unique des maladies. Les altérations des solides, celles des fluides et celles de l'élément nerveux ont été et sont encore invoquées comme devant, chacune exclusivement, constituer les conditions premières des maladies. Nous nous bornerons à quelques courtes réflexions à ce sujet.

Déjà l'aspect du sang tiré des veines dans le cours des maladies, en montrant des degrés différens de consistance de la partie solidifiée, des proportions variables de cette partie connue sous le nom de *couenne* et de la partie liquide ou du sérum, tendait à faire admettre des altérations de ce fluide

général de l'économie. La chimie chercha à constater d'une manière plus précise ces mêmes altérations, et fournit à la science le résultat de ses investigations. Mais, sans examiner ici si la chimie est bien en mesure de donner sur l'état normal des fluides animaux et sur les altérations de ces fluides des renseignemens positifs, sans arguer de tous les obstacles, de toutes les incertitudes qui accompagnent ces sortes d'investigations, nous nous bornerons à demander où sont les recherches qui montreraient les altérations du sang au commencement des maladies, dans cette période dite d'incubation, intermédiaire à l'action de la cause morbifique et au développement des symptômes dans chacune des phases des maladies, etc. Nous n'avons jusqu'à présent sur ce sujet que des données peu précises, même pour des maladies telles que la chlorose, le scorbut, où l'aspect le plus superficiel indique une altération du sang. Mais, lors même que nous posséderions ces données, qu'est-ce qui démontrerait que ces altérations sont primitives, qu'elles ne sont pas consécutives à la lésion des organes qui ont une part directe ou indirecte à l'hématose? Les recherches microscopiques, les analyses chimiques, rendront sans doute de grands services à la physiologie et à la pathologie, en portant de plus en plus la lumière sur la composition intime des tissus et des fluides animaux. Mais jusqu'à présent ce genre de recherches, loin de pouvoir servir de bases à des théories, n'a ajouté, et ne peut ajouter que des caractères à ceux qui nous font distinguer les maladies.

Certains cas pathologiques ont encore été invoqués pour prouver que l'altération du sang peut être le point de départ des maladies. Ceux qui ont été présentés comme les plus concluans sont surtout ceux de divers empoisonnemens. Ainsi Muller (*Physiologie du système nerveux*, t. 1, p. 62 et suiv.) a établi de nouveau cette proposition, déjà antérieurement émise par Fontana, Brodie, MM. Orfila, Magendie, Delille et Emmert, que l'action des poisons narcotiques s'exerce primitivement sur le sang, qui, une fois soumis à l'intoxication, narcotise en quelque sorte le système nerveux. De même encore, les expériences de M. Gaspard et de plusieurs autres physiologistes montrent que l'injection de substances putrides dans le sang donne lieu à un ensemble tout spécial de symptômes et d'altérations organiques.

Dans ces faits d'empoisonnement, le sang, quelle que soit la modification qu'il a subie, a été évidemment altéré par l'addition de principes étrangers, dont il est au moins le véhicule : on a cru pouvoir en rapprocher les affections dans lesquelles un agent particulier, à l'aide de l'inoculation, produit dans l'économie un ordre déterminé de phénomènes ; telles sont la variole, la vaccine, la rage, la syphilis. Dans tous ces cas il y a introduction d'un agent particulier, inconnu lui-même, qui a reçu le nom de *virus*, et ces maladies ont été appelées *virulentes* ou *spécifiques* : c'est une sorte d'empoisonnement. Certaines de ces maladies, telles que la variole, se développent à la fois par l'inoculation, par le simple contact, et peut-être spontanément : ces dernières circonstances leur sont communes avec d'autres affections également contagieuses et spontanées, dans lesquelles on a encore admis une modification du sang, produite par la présence d'un virus dont le siége est complètement inconnu : dans cette catégorie se rangent la rougeole et la scarlatine. Comme on le voit, c'est surtout par analogie que l'on a admis dans ces derniers cas des altérations du sang, d'après ce qu'on observait dans les empoisonnemens et les maladies virulentes. A ces affections on a encore réuni les maladies par infection, telles que le typhus, la fièvre typhoïde, les fièvres intermittentes, etc., considérées comme le résultat d'un empoisonnement miasmatique ; on y a même rapporté la plupart des maladies dans lesquelles les lésions locales ne rendent pas raison des phénomènes morbides, les maladies dites générales, universelles.

Mais, de ces cas, où l'altération du sang n'est pas même toujours constatée, dans la plupart desquels elle n'est admise que par une analogie assez peu rigoureuse, quels principes pathogéniques généraux pouvons-nous tirer ? Connaît-on le genre d'altération du sang? Connaît-on les caractères de cette altération, qui doit être différente dans des maladies si diverses? Tout ce qu'on peut en induire, c'est que, dans certains cas, le sang, profondément altéré, fait défaut à l'organe central de l'innervation ; d'où résulte une mort presque immédiate, comme s"il s'écoulait par une artère ouverte, ou que le cœur ne le lançât plus dans ses canaux ; que, dans d'autres, il est le véhicule de principes matériels qui vont léser, soit cet organe de l'innervation, soit tout autre ; lésion qui devient le

point de départ des phénomènes de la maladie, parmi lesquelles peut se trouver une véritable altération du sang. Mais, nous le demandons, à quoi peut aboutir cette vague conception d'une altération du sang, comme cause primitive des maladies, si on n'en détermine pas la nature et les rapports précis avec les autres phénomènes de la maladie. La chimie organique et la physiologie ne sont pas assez avancées pour amener la pathologie sur ce terrain.

Quant aux maladies dites générales, diathésiques, qu'on regarde comme déterminées par une altération du fluide répandu dans toute l'économie, c'est par un cercle vicieux qu'on les a déclarées générales, parce qu'elles sont humorales; humorales, parce qu'elles sont générales. Rien n'autorise ce double jugement. Ce qu'on appelle ainsi pourrait n'être que l'affection d'un organe de premier ordre comme celui de l'innervation, ou le contre-coup de dispositions organiques dont nous ne connaissons que très vaguement les signes, et en aucune manière les conditions premières, mais que nous sommes forcés d'admettre comme *causes inconnues* d'effets qui ne sont pas en rapport avec les causes connues. Au surplus, tous ces phénomènes morbides ont encore besoin d'être observés dans leurs caractères, dans leurs conditions tant organiques qu'extérieures de développement, avant de pouvoir être soumis à aucune espèce de systématisation. Nous croyons pouvoir appliquer les mêmes réflexions à tous les phénomènes désignés par les noms de *métastases*, de *dépurations morbides*, de *crises*, de *diathèses purulentes*, etc.

Nous en pourrons dire autant du principe pathogénique cherché par quelques auteurs dans une altération de l'élément nerveux. Ce système a son origine dans l'animisme de Stahl, vaguement matérialisé chez les nervosistes modernes. Lobstein, qui, dans ces derniers temps, a été le principal fauteur de ces idées, désigne cette altération par le nom d'*intempérie* : toute affection, suivant ce pathologiste, commence par une intempérie du système nerveux, c'est-à-dire par une «disposition particulière permanente ou transitoire, soit du système entier, soit d'un ou de plusieurs organes, caractérisée par l'exaltation ou la diminution des forces vitales, et qui dépend exclusivement de la force nerveuse» (*Anat. path.*, t. 1, Prolégom.). Il est évident que les nervosistes ont cherché à

exprimer l'existence de cette condition dynamique, qui tient sous sa dépendance les lésions matérielles, appréciables à nos sens. Mais à quoi peut nous servir cette conception encore plus vague que celle de l'altération du sang? En quoi consiste cette intempérie nerveuse? Quel est son rôle dans la production des maladies? Nous ne pouvons arriver à la détermination des forces, des propriétés, à celle de l'altération de ces forces, de ces propriétés, que par l'observation des effets sensibles. Ce n'est donc que le caractère de ceux-ci que nous devons constater, apprécier, pour en déduire, s'il y a lieu, l'altération de la force nerveuse et le mode particulier de cette altération.

Ceux qui ont voulu, et qui veulent encore placer la cause première des maladies dans une condition matérielle, soit générale, soit circonscrite, de la trame organique, de l'élément organique solide, se sont laissé diriger par des conceptions non moins vagues et le plus souvent aussi fausses : tels sont les auteurs de l'ancien système méthodiste du *strictum* et du *laxum*, auquel se rattachent toujours plus ou moins les doctrines de Baglivi, de Fr. Hoffmann, de Cullen, de Brown, de Rasori et de Broussais, suivant que la condition d'une rétraction ou d'un relâchement de la fibre vivante a été considérée d'une manière abstraite, ou a été plus rapprochée des phénomènes bien connus de l'irritabilité. Comme nous l'avons dit ailleurs, l'induction pouvait bien donner le principe de l'excitation ou de l'irritation comme cause efficiente d'un grand nombre de phénomènes physiologiques et de quelques états morbides; mais on n'a pu en faire le principe universel des faits organiques que par une extension abusive, que par la négligence d'une foule de conditions quelquefois plus essentielles.

La conclusion de cette revue sommaire des systèmes pathogéniques qui tendent aujourd'hui à prévaloir, est facile à tirer. Il est évident que ce n'est ni dans un solidisme, ni dans un humorisme exclusif, qu'il faut chercher la base de la pathogénie. Les faits morbides, comme les faits physiologiques, se passent dans une trame organique, et sont sous la dépendance de la double condition de l'hématose et de l'innervation : c'est donc par l'observation exacte de tous les ordres de phénomènes, de toutes les influences, qu'on pourra remonter à la cause de

ces faits, à leurs principes, à leurs lois : alors nous posséderons une véritable pathogénie, ce qui est complètement impossible à établir dans l'état actuel de nos connaissances.

V. *De la classification des maladies.* — Les maladies ne sont pas, comme les corps naturels auxquels on les a quelquefois improprement comparées, des êtres particuliers que l'on puisse isoler, considérer en tous sens, pour en examiner les propriétés fixes. Ce sont uniquement des modes d'action essentiellement variables de nos organes, modes d'action se combinant, s'influençant les uns les autres, ayant des causes diverses de développement, se traduisant à notre vue par des caractères matériels ou des caractères phénoménaux très compliqués, qui se présentent dans un cercle assez étendu d'inconstance et de mobilité. Cependant, si les maladies se refusent aux arrangemens réguliers des corps naturels, elles offrent, soit dans leurs causes, soit dans leurs phénomènes, des caractères communs, dont l'esprit d'abstraction s'est servi de tout temps pour en faire le fondement de classifications plus ou moins rigoureuses.

On ne peut pas dire que les anciens auteurs aient eu des classifications nosologiques, à proprement parler : c'était seulement l'énoncé de leur système médical, et non une coordination méthodique que l'on rencontrait dans leurs ouvrages. Félix Plater paraît être le premier qui traça un plan de classification basé sur les altérations de la forme et les altérations de fonctions. Le vœu de Th. Sydenham, qui désirait comme moyen de simplifier l'étude de la médecine une classification analogue à celle des botanistes, ne fut rempli que vers 1731, moment où Fr. Boissier de Sauvages publia ses premiers essais de classification. C'est de cette époque que date en quelque sorte la nosologie.

On peut ranger dans deux catégories distinctes les différens systèmes de classifications, selon les principes qui en forment les bases : les uns, en effet, fondèrent toutes leurs divisions sur l'étude des phénomènes extérieurs ou symptômes; les autres établirent leurs groupes d'après les idées qu'ils se formaient de la nature des maladies. Quelques-uns allièrent les deux principes.

La première marche fut celle qu'adoptèrent Sauvages et Linné. Ces auteurs, en se basant seulement sur l'étude des phénomènes prédominans dans les maladies, furent conduits,

surtout par l'imitation de ce qui se faisait en botanique, à donner trop d'importance à certains symptômes, qui furent envisagés comme autant d'affections distinctes et décrites séparément. Cette erreur fondamentale les conduisit à une subdivision excessive dans les classes, les genres, et enfin les espèces, dont ils ne comptaient pas moins de deux mille quatre cents.

Ces divisions furent successivement modifiées et améliorées sous certains rapports par plusieurs des auteurs qui suivirent, tels que Vogel, Cullen, Sagar, Plouquet, etc. Mais se faisait toujours sentir le vice inhérent à cette base de classification, où l'on n'avait égard qu'à une partie des caractères des objets à classer, et qui manquait de principes fixes pour la détermination de l'espèce pathologique.

Les théories qui servirent de bases nosologiques à certains auteurs, se rattachent, soit à la supposition des causes prochaines des maladies, soit à la considération de propriétés hypothétiques de l'économie animale, par rapport aux agens qui l'entourent et tendent à la modifier. C.-Fr. Daniel, mais surtout Selle, établirent leurs divisions sur la nature hypothétique des maladies, et reproduisirent dans beaucoup de leurs classes les dénominations et partant les idées des anciens humoristes. Brown et plus tard Broussais, qui se rattachent à cette catégorie, ne firent pas de classifications. Ces sectaires et leurs adhérens se bornèrent à rapporter presque toutes les maladies à quelques chefs tirés des propriétés générales ou particulières qu'ils admettaient comme conditions morbides premières; Brown, principalement à l'asthénie; Broussais, à l'irritation.

Vint ensuite Pinel, qui signala très bien le vice des classifications de ses prédécesseurs, posa les vrais principes, et établit une distribution simple, méthodique, des maladies, d'après les analogies de fonction et de tissu (fièvres, phlegmasies, hémorrhagies, névroses, lésions organiques). Malheureusement Pinel, comme nous l'avons dit, n'avait pas une idée assez nette des phénomènes pathologiques pour y appliquer ses excellens principes d'analyse, et la pathologie trop peu avancée ne lui fournissait que des matériaux encore bien imparfaits.

Malgré les progrès de la science depuis Pinel, une classification des maladies est encore impossible, et peut-être le sera-t-elle long-temps. Si toutes les conditions matérielles

des maladies nous étaient connues, ce serait sur elles que devrait s'appuyer la classification; mais nous sommes bien loin de connaître ces conditions : beaucoup, avons-nous dit plus haut, nous échappent, beaucoup sont d'une importance douteuse. On est donc obligé d'adopter une autre base, ou pour mieux dire, d'autres bases.

A défaut d'une classification régulière, donnée, pour toutes les classes, par les caractères de la lésion anatomique, il est utile de chercher à rapprocher, dans des groupes particuliers, les maladies qui présentent dans leurs caractères principaux une analogie qui fait nécessairement supposer une analogie de nature : car toute classification doit avoir pour but d'exprimer cette nature, connue ou inconnue, sources de toutes les indications prophylactiques et thérapeutiques, c'est-à-dire à laquelle s'adresse directement ou indirectement tous les moyens de l'art. Mais indépendamment des difficultés qui proviendront toujours de l'instabilité, des combinaisons infinies des phénomènes pathologiques, nous avons sur un grand nombre de maladies des notions si incomplètes, que l'on doit regarder comme tout-à-fait provisoires les cadres dans lesquels on chercherait à les ranger. D'ailleurs, toute classification ne sera jamais qu'imparfaite et provisoire, et sera incessamment condamnée à se modifier avec les progrès de la science.

Voici, d'après les principes que nous avons établis sur la délimitation des maladies et sur leur nature, la classification, ou plutôt l'essai de classification que nous proposons, dans l'unique but d'attirer l'attention sur ce sujet.

Ire CLASSE. — *Maladies générales dont les conditions anatomiques ne sont pas connues.*— Maladies dans lesquelles les fonctions principales sont lésées, sans que l'on puisse attribuer ce trouble à une altération organique bien déterminée et constante, ou sans que l'altération paraisse être la condition principale, nécessaire.

Ier ORDRE. — *Pyrexies :* caractère principal, fièvre.

1er genre. — *Pyrexies essentielles*, c'est-à-dire n'étant liées à aucune altération organique déterminée : fièvres continues éphémères; fièvres intermittentes; fièvres rémittentes, fièvres bilieuses des pays chauds, maladies encore peu connues, et qui seront sans doute placées un jour avec les suivantes.

2e genre. — *Pyrexies* ayant, outre les phénomènes fébriles, *certains caractères anatomiques ou physiologiques constans :* — Peste, fièvre jaune, choléra asiatique, suette miliaire, dothinentérie ou fièvre typhoïde et typhus des armées. Ces diverses maladies, quoique observées sporadiquement, se montrent principalement sous forme épidémique comme les suivantes. Le caractère contagieux leur a été attribué à toutes, mais il est à peu près prouvé que, pour la plupart, ce caractère n'existe pas ; la question est encore indécise pour celles mêmes que l'on regardait généralement comme la plus contagieuse de toutes (peste). Peut-être à ce genre devrait-on rapporter diverses maladies épidémiques qui diffèrent sous le rapport des phénomènes généraux des maladies sporadiques dont elles portent le nom, ou avec lesquelles on les confond; telles sont la grippe et la dysenterie épidémique, surtout la première.

3e genre. — *Pyrexies exanthématiques :* caractérisées par une éruption cutanée, par une marche déterminée, par une propriété contagieuse, ayant plusieurs d'entre elles, pour cause, l'introduction dans l'économie d'un virus inconnu dans sa nature. Variole, rougeole, scarlatine, etc.

4e genre. — *Pyrexies symptomatiques.* — Nous ne mentionnerons ici ces maladies que pour indiquer leurs rapports avec les groupes précédens ; elles ont pour caractère un état fébrile déterminé par une phlegmasie. Dans la plupart des cas, cette phlegmasie est liée à une prédisposition de l'organe, mais paraissant quelquefois être générale ; prédisposition qui échappe à nos sens en ce qui la constitue, mais dont l'existence est prouvée par le peu d'intensité et la variété des causes qui peuvent déterminer la maladie (maladies diathésiques des Italiens).

IIe ORDRE. — *Maladies générales cachectiques.* — Maladies non pyrétiques, du moins n'ayant pas l'état fébrile parmi leurs caractères fondamentaux, paraissant tenir à une altération de l'une des conditions premières de la vitalité, comme l'innervation ou l'hématose : scorbut, chlorose, diathèse purulente ; affections gangréneuses, affections calculeuses, affections vermineuses.

A ces maladies pourraient être jointes les affections tuberculeuses, mélaniques, les diverses dégénérescences ; mais

comme ces affections, tout en tenant à une diathèse ou à une disposition générale de l'organisme, se manifestent souvent d'une manière locale; que ce n'est que subséquemment qu'elles se généralisent, nous les rangeons parmi les maladies locales : elles se trouvent par là rapprochées des autres altérations locales de chaque tissu ou de chaque organe avec lesquels elles ont plus ou moins de rapports : on doit toutefois signaler ici leur point de contact avec les maladies cachectiques.

IIe CLASSE. — *Maladies mixtes participant des affections générales et des maladies locales.* — Affections rhumatismales et goutteuses.

IIIe CLASSE. — *Maladies locales.*

Ier ordre. — *Phlegmasies.*
IIe ordre.—*Hémorrhagies.* } Ces deux ordres de maladies mieux connues se prêtent à des sous-divisions régulières.

IIIe ordre. — *Maladies qui ont pour résultat une dégénérescence des tissus, une production analogue ou hétérologue organique :* tubercule, cancer, mélanose, etc.

IVe ordre.— *Hydropisies.*
Ve ordre. — *Flux.*
VIe ordre.— *Pneumatoses.* } Ces trois ordres ne sont, à vrai dire, que des symptômes; mais ces symptômes ont une telle valeur, et sont, pour ainsi dire, tellement fondamentaux dans la maladie qu'ils peuvent servir de base à des ordres distincts.

IVe CLASSE. — *Névroses.* — *Maladies caractérisées par un trouble des fonctions du système nerveux, sans lésion de texture appréciable de ce tissu.* — Cette classe de maladies est l'une des plus mal établies. La plupart ne sont évidemment, dans un grand nombre de cas, que des symptômes, que des effets d'une altération organique de tel ou tel organe. Mais comme cette altération est souvent absente, du moins dans les observations faites jusqu'ici; comme, par suite de cette inconstance des altérations, il ne paraît pas exister de rapport nécessaire entre celles qui sont rencontrées et les troubles nerveux, on ne peut se dispenser d'établir cette classe.

Les différens genres de névroses sont les *névroses des centres encéphalo-rachidiens* (aliénations mentales, hypochondrie, hystérie, épilepsie, chorée, tétanos, contractures, paralysie, etc.); *névroses des sens* (amaurose, surdité ner-

veuse); *névralgies*; *névroses des organes de la respiration* (asthme, angine de poitrine, coqueluche); *névroses du cœur* (palpitations, syncope); *névroses des organes digestifs* (anorexie, gastralgie, pyrosis, vomissement, coliques nerveuses, etc.)

Ve CLASSE. — *Maladies virulentes*, ayant pour caractère principal d'être occasionnées uniquement par un virus que la maladie reproduit, participant des maladies générales cachectiques et des maladies locales avec lesquelles elles ne diffèrent pas fondamentalement par leurs caractères anatomiques et symptomatiques : *Affections syphilitiques*. — D'autres maladies ont bien le caractère virulent (variole, vaccine); mais elles ont d'autres caractères fondamentaux.

VIe CLASSE. — *Empoisonnemens*. — Cette classe n'est pas bien logiquement assise, puisque la nature de la maladie peut varier suivant la nature de la substance vénéneuse. Nous avons cependant fait cette classe en vue de l'indication générale qui ressort du genre de causes. Les maladies dont elle est formée se rattachent évidemment, sous le rapport de leurs caractères phénoménaux, à diverses classes précédentes.

VIIe CLASSE. — *Asphyxies*.

VIIIe CLASSE. — *Maladies mécaniques ou chirurgicales*. — *Lésions par division* (plaies, ruptures, fractures); *par contusion, constriction, étranglement et déplacement* (luxations, hernies, procidence, chute des divers organes). — Par dilatation; — par adhérences; — par rétrécissemens, oblitération; — par rétention d'humeurs excrémentitielles; — par épanchemens; — par introduction de corps étrangers.

Nous avons signalé la division qu'on a établie dans la pathologie sous les noms de *pathologie spéciale* et de *pathologie générale*, et nous avons indiqué comment devait être comprise cette dernière, et ce qui devait lui être rapporté. Quant à la pathologie spéciale, qui embrasse l'histoire de chaque maladie, elle est généralement divisée en pathologie interne ou médicale, et pathologie externe ou chirurgicale: division à laquelle nous n'avons pas dû avoir égard dans nos considérations générales sur la pathologie, parce qu'elle est tout-à-fait secondaire, et établie en vue plutôt de l'art que par des motifs scientifiques.

Il nous faudrait, pour compléter ces considérations générales sur la pathologie, examiner l'appui que cette science

reçoit, en particulier, de l'anatomie et de la physiologie, de la physique et surtout de la chimie; rechercher ce que les expériences sur les animaux, les rapprochemeus de la pathologie vétérinaire, peuvent lui apporter de secours et de lumières; enfin, indiquer quelles devraient être ses méthodes d'exposition et d'enseignement, et surtout quelles mesures publiques devraient être prises pour en favoriser l'avancement. Mais ces considérations, dont la plupart sont implicitement contenues dans les développemens donnés à certaines parties de cet article, nous feraient dépasser les bornes que nous devons nous imposer. Nous passons donc immédiatement à la bibliographie.

RAIGE-DELORME.

Les auteurs qui ont écrit sur la pathologie se divisent en ceux qui ont traité dogmatiquement de l'histoire particulière de toutes les maladies, ou d'un certain nombre de maladies; en ceux qui ont composé des monographies sur quelques maladies isolées; en ceux qui ont publié des recueils d'observations; enfin, en ceux qui ont traité des généralités des maladies ou de la pathologie générale. L'indication des écrits relatifs à chaque maladie est placée naturellement à la suite de l'article qui est consacré dans le Dictionnaire à cette maladie; et aux articles CHIRURGIE et PATHOLOGIE MÉDICALE se trouve la bibliographie des traités généraux qui concerne chacune de ces branches de la pathologie. Ici nous n'avons à nous occuper que des ouvrages comprenant la pathologie générale dans son universalité. Chaque division de cette dernière a, en outre, ses indications bibliographiques (*voy.* ÉTIOLOGIE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, SYMPTOMATOLOGIE et SÉMÉIOTIQUE, DIAGNOSTIC, PRONOSTIC et THÉRAPEUTIQUE).

I. *Traités généraux.*

FERNEL (J.). *Pathologiæ libri* VII, part. de l'*Univers. med.* et séparém. *Nova edit. emendatiss.* Paris, 1638, in-8°. Trad. en fr. Ibid., 1655, 1660, in-12.

BOERHAAVE (Herm.). *Institutiones rei medicæ*, et *Comment.* de Haller. — *Aphor. de cognosc. et cur. morbis. et Comm.* de Van-Swieten.

STAHL (G. Ern.). *Theoria medica vera, etc.* Halle, 1707, 1708, in-4°. Ibid., 1737, in-4°. 2 vol. — *De motus hæmorrhoidalis et fluxus hæmorrhoidum diversitate bene distinguenda. Duobus schediasm. exer.* Paris et Offenbach, 1730, in-8°. — Un grand nombre de points de path. gén. sont traités dans les thèses de Stahl.

HOFFMANN (Fréd.). *Medicina rationalis systematica*, t. I-III. *Philosophia corporis hum. sani et morbosi.* Halle, 1718-20, in-4°. Trad. en fr. Paris, 1739-44, in-12. 9 vol. — Hoffmann a composé un grand nombre de thèses sur différents points de path. gén. Dans *Opp. omn.*

JUNCKER (J.). *Conspectus pathologiæ, ad dogmata Stahliana præcipue adornatæ, et semeiologiæ potissimum Hippocratico-Galenicæ, in forma tabularum representatus.* Halle, 1735, in-4°.

BUECHNER (Andr. Elie). *Fundamenta pathologiæ generalis anatomicis et physico-mechanicis principiis ex Hoffmanni medicina systematica deprompta.* Halle, 1746, in-8°.

SCHULZE (J. Henr.). *Pathologia generalis.* Halle, 1747, in-8°.

GORTER (J. de). *Morborum generalium systema, seu praxis medicæ fundamenta.* Hardervik, 1749, in-8°.

ESCHENBACH (Chr. Ebr.). *Novæ pathologiæ delineatio.* Rostock, 1755, in-8°.

LUDWIG (Chr. Théoph.). *Institutiones pathologiæ prælect. acad. accomm.* Leipzig, 1756, 1767, in-8°.

CARTHEUSER (J. Fréd.). *Fundamenta pathologiæ et therapiæ.* Francfort-sur-l'Oder, 1758-62, in-8°. 2 vol.

GAUBIUS (Jér. David). *Institutiones pathologiæ medicinalis.* Leyde, 1758, in-8°; Leipzig, 1759, in-8°. 2e *edit. cum nova præf.* Leyde, 1763, 1776, in-8°; Venise, 1776, in-8°. 3e *édit. cur.* Hahnio. Leyde, 1781, in-8°; Vienne, 1782, in-8°. *Ad edit.* 3am *edid. cum addim.* J. Chr. Gottl. Ackermann. Nuremberg, 1787, in-8°. Trad. en fr. par Sue le jeune. Paris, 1770, in-8°. — *Commentaria in institutiones path. med. coll. et digesta u* F. Dejean. Vienne, 1792-3, in-8°. 3 vol.

NIETZKY (Ad.). *Elementa pathologiæ universæ.* Halle, 1766, in-8°.

NICOLAI (Ern. Ant.). *Pathologie, oder Wissenschaft von Krankheiten.* Halle, 1769-79, 6 part.

CALDANI (Léop. Marc Ant.). *Institutiones pathologicæ.* Padoue, 1772, 1776, in-8°. Leyde, 1784, in-8°; Venise, 1786, in-8°; Naples, 1787, in-8°.

HILDEBRANDT (G. Fréd.). *Primæ lineæ pathologiæ generalis.* Erlangue, 1795, in-8°. Trad. en allem. par J. Feiler. *Grundrisz der allg. Krankheitslehre.* Nuremberg, 1796, in-8°.

HUFELAND (Chr. Wilh.). *Ideen über Pathogenie, oder Einfluss der Lebenskraft auf Entstehung und Form der Krankheiten, etc.* Iéna, 1795, in-8°. — *Puthologie,* t. I. *Pathogénie.* Ibid., 1799, in-8°.

ROESCHLAUB (Andr.). *Untersuchungen über Pathogenie, oder Einleitung in die medicinische Theorie.* Francfort-sur-le-Mein, 1798-1800, in-8°, 3 part. 2e édit. Ibid., 1800-3, in-8°, 3 part. Extr. dans la *Nouvelle biblioth. germ.*, t. I, II, etc. — *Lehrbuch der Nosologie, zu seinem Vorlesungen entworfen.* Bamberg, 1801, in-8°. 2 vol.

HENKE (Ad.). *Handbuch der Pathologie,* I theil. Berlin, 1806, in-8°.

JAEGER (Chr. Fréd.). *Ueber Natur und Behandlung der krankhaften Schwäche des menschl. Organismus, etc.* Stuttgard, 1807, in-8°.

BURDACH (R. Fr.). *Handbuch der Pathologie.* Leipzig, 1808, in-8°.

MALFATI. *Entwurf einer Pathogenie aus der Evolution und Revolution des Lebens.* Vienne, 1809, in-8°.

SPRENGEL (Kurt). *Institutiones pathologiæ generalis.* Amsterdam, 1810, in-8°; Milan, 1817, in-8°. 2 vol. *Edit. auct.* Leipzig, 1819, in-8° formant la 3e part. des *Instit. medicæ.— Rudimentorum nosologiæ dynamicorum prolegomena.* Halle, 1787, in-8°.

GROSSI (Ernest de). *Versuch einer allgemeinem Kranheitslehre, etc.* Munich, 1811, in-8°. 2 vol. — *Opera medica posthuma. Cur. discipulis* Seb. Fischer et Fr. Pruner, t. I. *Pathologia generalis.* Stuttgard, 1831, in-8°, in-8°, t. II. *Semiotice et isagoge in clinicen.* Ibid., 1832, t. III. *Familiarum morborum human. expositio.* Ibid., 1831, in-8°.

CONRADI (J. Wilh. Henr.). *Handbuch der allgemeinen Pathologie.* Marbourg, 1811, in-8°. 5e édit. Ibid., 1832.

Brandis (J. D.). *Pathologie oder Lehre von den Affecten des lebenden Organismus*. Copenhague, 1813, in-8°.

Smellin (F. G.). *Allgemeine Pathologie des Menschlichen Körpers*. Stuttgard et Tubingue, 1813, in-8°.

Hugon (Ant.). *Traité de pathologie générale appliqué principalement à la médecine externe*. Paris, 1815, in-8°.

Gmelin (Ferd. Gottl.) *Allgemeine Pathologie des menschl. Körpers*. Stuttgard, 1813. 2e édit., 1820, in-8°.

Hartmann (Ph. Ch.). *Theoria morbi, seu pathologia generalis*. Vienne, 1814, 1828, in-8°. Trad. en allem. Ibid., 1823, in-8°.

Parry (Cal. Hillier). *Elements of pathology and therapeutics, etc.*, t. I. *General pathology*. Londres, 1815, in-8°.

Ypey (Ad.). *Primæ lineæ pathologiæ generalis*. Leyde, 1815, in-8°.

Beil (J. Ch.). *Entwurf einer allgemeine Pathologie*, 3 theile. Halle, 1815-6, in-8° Extr. dans *Journal univ. des sc. méd.*, t. IV et V.

Harless (Ch. Fr.). *Handbuch der ärztlichen Klinik*. T. I. *Grundzüge der allgem. Biologie und der allgem. Krankheitslehre*. Leipzig et Coblentz, 1817, in-8°.

Chomel (A. F.). *Élémens de pathologie générale*. Paris, 1817, 1824, in-8°. 3e édit. Ibid, 1841, in-8°.

Caillot (L.). *Élémens de pathologie générale et de physiologie pathologique*. Paris, 1819, in-8°. 2 vol.

Nicholl (W). *General elements of pathology*. Londres, 1821, in-8°.

Berndt (F. A. G.). *Die allgemeine Kranheitslehre, etc.* Berlin, 1826.

Friedlander (L. Herm.). *Fundamenta doctrinæ pathologicæ, etc.* Leipzig, 1828, in-8°.

Schnurrer (Fr.). *Allgemeine Krankheitslehre, etc.* Tubingue, 1831, in-8°.

Dubois (E. Fréd.). *Traité de pathologie générale*. Paris, 1835, in-8°. 2 vol.

Jahn (Ferdin.). *System der physiatrik, oder der Hippocratischen Medicin*, t. I *Physiologie der Krankheit und des Heilungsprocesses, oder allgemeine Pathologie und Jatreusiologie*. Eisenack, 1836, in-8°, pp. 582.

Mayo (Herbert). *Outlines of human pathology*. Londres, 1836, in-8°.

Stark (Karl. Wilh.). *Allgemeine Pathologie oder allgemeine Naturlehre der Krankheiten*. 2 part. Leipzig, 1838.

II. *Ouvrages relatifs à la physiologie pathologique.*

Bordeu (Théoph.). *Recherches sur le tissu muqueux, etc.* Paris, 1767, in-12. — *Recherches sur les maladies chroniques, etc.* Ibid., 1775, in-8°; et dans *Œuvres*.

Fabre (Pierre). *Essais sur différens points de physiol., de pathol. et de thérapeutique*. Paris, 1770, in-8°. — *Recherches sur différens points, etc., pour servir de base à un cours de pathol* Ibid., 1783, in-8°. 2 vol. — *Rech. sur la nature de l'homme considéré dans l'état de santé et dans l'état de maladie*, Ibid., 1776, in-8°. — *Rech. des vrais principes de l'art de guérir*. Ibid., 1790, in 8°.

Hunter (John). *A treatise on the blood, inflammation, etc.* Londres, 1794, in-4°. Trad. avec ses *Œuvres*, par G. Richelot. Paris, 1840-1; et *passim*, dans ses *Leçons de chirurgie*.

Darwin (Er.). *Zoonomia, or the laws of organic life*. Londres, 1794-6,

in-4°. 3e édit. 1801, in-8°. 4 vol. Trad. en fr. par Kluyskens. Gand, 1810-1, in-8°. 4 vol.

BICHAT (X.). *Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine.* Paris, 1801, in-8°, 2 part. en 4 vol.

BARTHEZ (P. J.). *Nouveaux élémens de la science de l'homme*, t. I. Montpellier, 1778, in-8°, 2e édit. Paris, 1806, in-8°. 2 vol.

ADAMS (Jos.). *Observations on morbid poisons, chronic and acute; etc.* Londres, 1795, 2e édit 1807, in-4°. *Analys* dans Kluyskens, *Ann. de litt. méd. étrang.*, t. VII, p. 61 et 170. — *A treatise on the supposed hereditary properties of diseases, etc.*, 1814, in-8°.

CRUVEILHIER (J.). *Essai sur l'anatomie pathologique en général, et sur les transformations et productions organiques en particulier.* Paris, 1816, in-8°, 2 vol.

CLERC. *Histoire naturelle de l'homme considéré dans l'état de maladie, etc.* Montpellier, an VII (1799), in-8°. 2 vol.

TOMASINI. *Lezioni critiche di fisiologia e patologia.* Parme, 1802, in-8°, 3 vol. — *Dell' inflammazione e della febra continua.* Pise, 1820-7, in-8°. 2 vol. Le premier vol. trad. en fr., sous le titre : *Expos. de la nouvelle doctr. italienne.* Paris, 1821, in-8°. — *Sullo stato attuale della nuova patologia italiana considerazioni.* Milan, 182 , 2e édit., 1827, in-8°. Et autres ouvrages sur la doctrine italienne.

LENHOSSEK (Mich.). *Physiologia medicinalis.* Bude, 1816-8. 5 vol. (rédigée dans l'esprit de la doctrine de la polarité).

BROUSSAIS (F. J. V.). *Examen des doctrines médicales et des systèmes de nosologie, précédé de propos. renfermant la substance de la méd. physiol.*, 3e édit. Paris, 1829-34, in-4°, 4 vol. (La première édit., de 1816, n'avait qu'un vol.) — *Traité de physiologie appliqué à la pathologie.* Paris, 1834, in-8°. 2 vol. (publ. par part., avec les *Ann. de la méd. physiol.*) — *De la théorie médicale appliquée à la pathologie.* Paris, 1826, in-8°. — *Cours de path. et de thérap. générales.* Paris, 1835, in-8°. 5 vol.

BUFFALINI (Maur.). *Fondamenti di patologia analitica.* Pavie, 1819,

ROLANDO (Louis). *Cenni fisico-patologici sulle differenti specie d'eccitabilità, etc.* Turin, 1821, in-8°. Trad. en fr. par Jourdan et Boisseau, 2 vol. sous le titre : *Inductions physiologiques et pathol., etc.* Paris, 1822, in 8°.

BÉGIN (L. J.). *Traité de physiologie pathologique.* Paris, 1821, in-8°. Ibid., 1828, in-8°. 2 vol.

TRAVERS (Benj.). *An inquiry concerning constitutional irritation, and the pathology of the nervous system.* Londres, 1825, in-8°; 1835, in-8°.

LOBSTEIN (J. Fréd.). *Discours sur la prééminence du système nerveux dans l'économie animale, etc.* Strasbourg, 1821, in-8°. Prolégomènes et livre I (*Anat. path. générale*) de son *Traité d'anath. pathol.*, t. I, 1829.

ANDRAL (G.). *Précis d'anatomie pathologique*, t. I (*Anat. path. générale*), 1829.

RIBES (F.). *De l'anatomie pathologique considérée dans ses rapports avec la science des maladies.* Paris, 1828-33, in-8°. 2 vol.

MAGENDIE. *Leçons sur les phénomènes physiques de la vie.* Paris, sans date (1839-40), in-8°, 5 vol. R. D.

PATHOLOGIE INTERNE ou MÉDICALE.— Des circonstances particulières, et plus tard l'étendue, la diversité des connais-

sances et des qualités nécessaires à celui qui pratique la médecine, ont fait établir et ont consacré la division de cet art en *médecine* proprement dite, et en *chirurgie*. La connaissance et le traitement des maladies dont les organes intérieurs du corps sont le siége, ont formé le domaine de la première. A la seconde ont été rapportées les maladies qui exigent spécialement pour leur traitement des opérations ou le secours de la main. De là, la division de la pathologie en pathologie *interne* ou *médicale* et en *externe* ou *chirurgicale*. Il serait difficile de faire entre les maladies une séparation précise qui permît de les ranger dans l'une ou l'autre catégorie. En effet; toutes les maladies qui affligent le corps humain, quels qu'en soient le siége et la cause, sont soumises aux mêmes lois et présentent quelque chose de commun dans leurs phénomènes et dans certaines parties de leur traitement. En outre, les caractères par lesquels on tenterait de les séparer en médicales et en chirurgicales, ne seraient jamais assez tranchés pour qu'à l'égard d'un certain nombre on ne restât pas indécis sur la place à leur donner, et que l'on n'eût pas à la fois des motifs de les ranger dans l'une et l'autre division. L'aptitude à faire des opérations, qui constitue la principale attribution du chirurgien, peut bien donner lieu à une distinction dans l'art et dans ceux qui l'exercent, à deux ordres de médecins, mais non dans les maladies, qui exigent souvent, quels que soient leur nature et leur siége, l'un et l'autre genre de traitement affectés respectivement à la chirurgie et à la médecine pratique.

Cependant, quelque arbitraire que soit la distinction entre les maladies dites *internes* et les maladies *externes*, quelle que soit l'impossibilité d'établir des limites précises entre ces deux classes de maladies, il en est qu'on rapporte unanimement à la pathologie chirurgicale, d'autres à la pathologie médicale : ce sont, pour la première, toutes les maladies qui affectent les membres ou sont sensibles à l'extérieur du corps, les maladies qu'on peut appeler mécaniques, qui proviennent d'une violence extérieure, et qui sont principalement guéries par une opération; telles sont les plaies, les fractures, les luxations, les ulcères, les abcès, les tumeurs, les hernies, les anévrysmes des artères accessibles aux moyens de l'art, les accidens déterminés par un corps étranger qu'on peut extraire des organes.

Les autres maladies, celles qui ont leur siége dans les organes intérieurs, celles qui affectent l'économie tout entière ou du moins les principales fonctions, celles qui ne sont point traitées par des procédés mécaniques, sont du domaine de la pathologie médicale ou interne; et l'art qui se propose de les guérir, constitue la *médecine pratique*.

La médecine pratique est donc l'ensemble des notions scientifiques et des préceptes techniques qui fournissent les moyens de reconnaître les maladies dites *internes* ou *médicales*, de porter un pronostic sur ces maladies, de les prévenir et de les traiter. L'étiologie, le diagnostic, le pronostic, et la thérapeutique, voilà les quatre points essentiels de l'art du médecin praticien. Chacun d'eux s'appuie sur la pathologie interne, c'est-à-dire sur la connaissance de l'histoire des maladies qu'on rapporte à cette branche de la pathologie. Cette étude est tellement nécessaire que, malgré que la pathologie interne puisse être considérée, indépendamment de son but principal et de son application, comme une branche de l'histoire naturelle, on ne la sépare pas ordinairement de la médecine pratique dont elle est la base.

Les considérations que nous avons données à l'article PATHOLOGIE sur l'étude des maladies et à l'article MÉDECINE sur l'art médical, se rapportant principalement à la pathologie interne et à la médecine pratique; celles qui seront données à l'art. THÉRAPEUTIQUE devant faire connaître plus particulièrement les conditions et la puissance des moyens employés dans le traitement des maladies internes, nous ne ferons ici que quelques courtes réflexions sur ces maladies et sur leur traitement.

Une différence essentielle sépare les maladies chirurgicales et les maladies médicales, et influe beaucoup sur la faculté de les reconnaître et sur leur traitement. Contrairement aux premières, les maladies internes attaquent des organes principaux, immédiatement importans à la vie, et qui se soustraient plus ou moins aux moyens de diagnostic; elles sont en général produites par des causes peu connues dans leur mode d'action, qui ont agi de longue date, et qui impriment à l'affection un caractère tout particulier de complication et de ténacité; par cela même, elles sont rarement simples et bien délimitées; dans la plupart d'entre elles, le mode de lésion de l'organe malade est tout-à-fait caché ou peu connu dans sa nature;

enfin, loin de se prêter à ces indications rationnelles que fait naître en chirurgie la connaissance de l'état pathologique et de la cause qui l'entretient, les maladies internes ont presque toujours leur thérapeutique uniquement fondée sur des essais empiriques le plus souvent mal dirigés, sur des indications mal établies scientifiquement, et par conséquent peu sûres, tirées de la nature de la maladie, des conditions générales du sujet, de quelques circonstances particulières. En outre, lors même qu'on a pu reconnaître très bien le siége et la nature de la maladie, on ne peut ordinairement agir sur les organes que d'une manière indirecte : on ne peut pas, comme en chirurgie, suspendre les actions organiques qui sont contraires, modifier l'état des parties malades par des moyens énergiques, enlever même ces parties : c'est de là que proviennent la difficulté, l'incertitude, et surtout l'impuissance de la médecine pratique. Sans doute on ne pourra avancer la thérapeutique des maladies internes qu'en cherchant à les bien connaître, et surtout en assurant leur diagnostic; mais, il faut bien l'avouer, et peut-être cela tient-il à l'impuissance même des moyens qu'on ne pourra jamais que leur opposer, la thérapeutique n'a point avancé en proportion des immenses progrès de la pathologie. Loin de là, elle a peu changé depuis les premiers siècles où la médecine a été cultivée. Si, par une délimitation plus précise de certaines maladies, par la connaissance des conditions organiques qui les constituent, par la découverte de moyens puissans de diagnostic, la pathologie interne fournit des secours précieux à la thérapeutique, ce n'est qu'en assurant les bases sur lesquelles la science doit être assise. L'art n'en a pas encore retiré tous les préceptes qu'il a droit d'en attendre.

R. D.

Pendant toute l'antiquité, la pathologie interne, cette partie de la pathologie dont nous avons formé le domaine de la médecine pratique, ne fut point séparée de celle qui se rattache à la chirurgie. Ce n'est guère qu'à dater du XVIe siècle que la séparation entre les deux branches de pathologie commença à se marquer positivement dans les écrits. Nous avons donné, à l'article MÉDECINE, l'indication bibliographique de ces ouvrages généraux : nous indiquerons seulement ici quelques-unes des parties de ces ouvrages qui ont trait à la pathologie interne.

Parmi les traités hippocratiques qui appartiennent plus particulièrement à la pathologie interne, nous devons citer : *De morbis libri* IV; *De affectionibus liber; De affectionibus internis liber; De victus*

ratione in morbis acutis; Epidemicorum, seu de morbis popularibus, libri VII. Beaucoup de notions relatives à des maladies internes se trouvent encore dans divers traités, particulièrement dans les *Aphorismes* et dans les livres *De locis in homine, De carnibus, seu principiis.* —CELSE. *De re medica*, *libri* III, IV et VI. — GALIEN. *De locis affectis libri* VI; *De differentiis febrium libri* II; *Ars medica; De differentiis morborum liber; De medendi methodo libri* II; *Methodi medendi libri* XIV (les six premiers livres trad. en franç. Paris, 1554, in-16); *Commentarii in libros Hippocratis.* — ARÉTÉE. *De acutorum ac diuturnorum morborum causis, signis accuratione* (trad. en franç. par Reynaud, Paris, 1834, in-8°. — CÆLIUS AURELIANUS. *De morbis acutis et chronicis libri* VIII. — ORIBASE. *Synopseos libri* IX, *quibus tota medicina in compendium redacta continetur.* Venise, 1554, in-8°; Paris, 1554, in-12; et dans *Opp. omn. quæ restant.* Les livres V, VI, VIII et IX, appartiennent à la pathol. interne. — PRISCIEN ou PRISCIANUS (Théodore). *De curatione omnium fere morborum corporis humani,* etc. Les livres II et III appartiennent à la path. interne. — AETIUS. *Contractæ ex veteribus medicinæ tetrabiblos.* (La pathologie interne et la chirurgie sont mêlées dans les seize livres de l'ouvrage. — ALEXANDRE DE TRALLES. *De arte medica libri* XII. — PAUL D'ÉGINE *De re medica libri* VII. Les livres II, III, appartiennent à la pathologie interne. — NONUS. *De omnium particularium morborum curatione, sicut febres quoque et tumores præter naturam comprehendat.* Trad. par Jer. Martius (grec et latin). Strasbourg, 1568, in-8°. — ACTUARIUS. *De methodo medendi libri* VI. — RHAZÈS. *Elchavi, seu continens*; livres I-XXV. — *Libri ad Almansorem;* livres VIII, IX et X. — *Liber divisionum Aphorismi;* livre III. — *De pestilentia* (variole). — HALY ABBAS. *Liber totius medicinæ* (L'ouvrage se compose de dix livres théoriques, et de dix pratiques.) — AVICENNE. *Canon medicinæ;* livres III, IV et V. — AVENZOAR. *Theisir, seu facilitatio regiminis.* (Tout l'ouvrage est consacré à la pathologie interne.) — AVERRHOES. *Colliget, libri* VII; livres III, IV et VII. — ALBUCASIS. *Compendium artis medicæ.* (Tout l'ouvrage, formé de trente-deux chapitres, traite des maladies internes.)

Nous ne mentionnons ici que pour mémoire, et comme ne devant servir la plupart qu'à l'histoire de l'art, les médecins occidentaux du moyen âge qui précèdent la restauration de l'art à la fin du XVe siècle et au XVIe, tels que Constantin l'Africain, Gariopontus, Gordon, P. d'Abano, Bertucci, Nic de Falconiis, Gaddesden, Arnaud de Villeneuve, Valescus de Tarente.

La bibliographie suivante sera disposée ainsi qu'il suit: dans la première partie nous plaçons les traités généraux et les recueils de mémoires, d'observations, qui ont trait à la pathologie interne et à la médecine pratique. Cette partie est divisée suivant que les auteurs appartiennent aux XVe et XVIe siècles, au XVIIe, au XVIIIe et au XIXe. En outre, nous avons séparé, pour les deux derniers siècles, le XVIIIe et le XIXe, les traités généraux des recueils de mémoires et d'observations. — La deuxième partie est consacrée aux considérations générales, à l'histoire et à la littérature de la médecine pratique. Cette partie est très courte, parce que les ouvrages publiés sur ces sujets, quoique presque toujours ayant trait plus particulièrement à cette branche de l'art, embrassent l'art médical dans son universalité, et ont dû être indiqués à l'article MÉDECINE.

§ I. *Traités généraux.* — I. XVe et XVIe *siècle.*

MONTAGNANA (Barth. de). *Consilia medica.* Venise, 1497, in-fol.

GUAINERIO (Ant.). *Practica, seu omnes tractatus quos ad diversas corporis hum. ægritudines; edid.* Venise, 1497, in-fol. Les œuvres de G. ont été aussi imprimées sous ce titre : *Opus præclarum, ad praxim non mediocriter necessurium, cum permultis adnotam. J. Falconis, etc.* Pavie, 1518, in-4°; Lyon, 1525, in-fol.

SAVANAROLA (Mich.). *Practica de ægritudinibus a capite usque ad pedes.* Pavie, 1486, in-fol., etc., sous le titre : *Practica major.* Venise, 1561, in-fol. — *Practica canonica de febribus, ejusdem summa de pulsibus, de urinis, de egestionibus, de balneis omnibus, italico., tract. de vermibus.* Venise, 1498, in-fol. *Add.* C. Optati, M. Neap., *Opere absoluto de febre hectica, etc.* Ibid., 1498, 1562-3, in-fol. *Acc.* J. Sylvii *De omni febrium genere commentarius, etc.* Lyon, 1560, in-8°.

BENIVIENI (Ant.). *De abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanationum causis.* Florence, 1506, 1507, in-4°. Réimprimé avec divers autres ouvrages. Extrait, augm. d'annotations de Dodoens. Leyde, 1585, 1621, in-8°.

BENEDETTI (Alex.). *De re medica : omnium a vertice ad calcem morborum signa, causæ, indicationes, et remediorum compositiones, utendique rationes generatim libris* XXX *conscripta, etc.* Venise, 1535, in-fol.; Bâle, 1539, in-8°; 1549, 1570, 1572, in-fol. — *Medicinalium observationum rara exempla, cum* Remberti Dodonei *annotationibus.* Cologne, 1581, in-8°.

DONATUS (Marcellus). *De medica historia libri* VI. Mantoue, 1536, in-4°; Venise, 1588, 1597, in-4°. Augm. par Cr. Horst. Francfort, 1613, 1664, in-8°.

MONTANO ou DA MONTE (J. Bapt.). MONTANUS. *Consultationes medicæ de variorum morborum curationibus, Op.* H. Donzellini et Ph. Becchii. Nuremberg, 1550, in-fol.; Bâle, 1557, in-8°. — *Consiliis auct. opera* J. Cratonis à Crafftheim. Bâle, 1583, in-fol. *Post 2am edit. Appendicem et addit., insigni novorum consiliorum auctuario ex* L. Demoulini, Rochefortii, *Codicibus exorn., prodier.*, 1583, in-fol. Francf., 1587, in-fol.

MASSARIA (Alex.). *Practica medica, seu prælectiones acad. continentes methodum et rationem cognoscendi et curandi totius hum. corporis morbos, ad nativam genuinamque Hipp. et Gall. mentem, etc., cum l. de morbo gallico, etc.* Francfort, 1601, in-4°; Trévise, 1606, in-fol. — *Adj.* IV *tract. :* I. *De peste;* II. *De affectibus renum et vesicæ;* III. *De pulsibus;* IV. *De urinis, etc.* Venise, 1618, in-4°. — *Liber responsorum et consultationum medicinalium.* Venise, 1613, 1618, 1622, in-fol. Et dans *Opp. medicu.*

FUCHS (Léonard). *Paradoxorum medicorum libri* III, *etc.* Bâle, 1533, in-fol.; Paris, 1546, in-8°. Et dans *Opp. didactic.*, p. V. — *De sanandis totius corporis ejusdemque partium, tam externis quam internis malis, libri* V. Bâle, 1542, in-8°, etc. — *Ad quinque priores libros de curandi ratione, etc... Appendix recens edita.* Lyon, 1548, 1554, in-16.

DUBOIS (Jacques) ou SYLVIUS. *Morborum internorum prope omnium curatio, certa methodo comprehensu, ex Galeno præcipue, et Marco Gattinaria.* Venise, 1548, 1555, 1572, in-8°; Paris, 1554, 1561, in-8°; Zurich, 1555, in-8°; Lyon, 1549, 1620, in-16; Bâle, 1556, in-12. Et *Opp. med.*

RONDELET (Guill.). *Methodus curandorum omnium morborum corporis*

humani, in III *libros distincta: De dignoscendis morbis; De febribus; De morbo gallico; De internis et externis remedis; De pharmacopolarum officina; De fucis.* Lyon, 1583, 1585, in-8°; Francfort, 1592, in-8°; Montpellier, 1601, in-8°; Genève, 1608, in-8°. Et dans *Opp. omn.*

LEPOIS (Nicol.), en latin PISO. *De cognoscendis et curandis præcipue internis humani corporis morbis libri* III, *etc.* Francfort, 1580, in-fol. Ibid., 1585, in-8°; Leyde, 1736, in-4°. Avec préf. de Boerhaave. Leipzig, 1766, in-8°, 2 vol.

HOULLIER (Jacq.). *De morborum curatione, de febribus, de peste.* Paris, 1565, in-8°. — *De morbis internis libri* II, *auctoris scholiis et observationibus illustrati.* Paris, 1571, in-8°, etc. Et dans *Opera practica.* Paris, 1612, in-12; Genève, 1623, 1636, in-4°; Paris, 1674, in-fol.

VALLES ou VALLESIUS (Fr.). *Methodus medendi in* IV *libros divisa.* Venise, 1589, in-8°; Madrid, 1614, in-8°; Louvain, 1647, in-8°; Paris, 1651, in-12.

DURET (Louis). *Adversaria in jac. Hollerii libros de morbis internis. Edid.* René Chartier. Paris, 1587, in-8°.

CAPIVACCIO (Jér.). *Nova methodus medendi lectionibus publiciis explicata.* Francfort, 1593, in-8°; Bologne, 1596, in-8°. — *Consilia medica.* Francfort, 1598, 1605, in-fol. — *Medica practica.* Francfort, 1594, in-fol., et alias. Et dans *Opp. omn.*

CASTELLI (Barth.). *Totius artis medicæ methodo divisiva compendium et synopsis, etc.* Messine, 1597, in-4°.

MERCURIALI (Jér.). *Medicina practica, seu de cognoscendis, discernendis, et curandis omnibus humani corporis affectibus, earumque causis indagandis libri* V. *Ed.* P. de Spina. Francfort, 1602, in-fol.; Lyon, 1623, in-4°; Venise, 1627, in-fol. — *Responsorum et consult. medicinalium a* Mich. Columbo *coll. et ed.* Venise, 1587-97-1604, in-fol., 5 vol.

PLATER (Félix). *Praxeos medicæ, tomi* III, *etc.* Bâle, 1602-8, in-8°. Ibid., 1625, in-4°, 2 vol. *Acc. op. Th. Plateri, quæstionum paradoxarum et eudoxarum cent. posth.* Bâle, 1556, in-4°. — *Observationum in hominis affectibus plerisque, corpori et animo fonctionum læsione, dolore aliave molestia et vitio incommodantibus, libri* III, *etc.* Bâle, 1614, 1641, in-8°. *Access. select. observationum mantissa oper. et stud.* Fr. Plateri. Bâle, 1680, in-8°.

WIER (Jean). *Medicorum observationum rariorum liber* I. *De scorbuto, de quartana, de pestilenti angina, de pleuritide et peripneumonia, de hydropis curatione, de curatione meatorum naturalium clausorum, et quibusdam aliis.* Amsterdam, 1557, in-12; Bâle, 1667, in-4°.

LOM ou LOMMIUS (Josse VAN). *Observationum medicinalium libri* III. Anvers, 1560, 1563, in-8°, et alias. Trad. en fr. par J. B. Le Brethon, sous le titre : *Tableau des maladies, où l'on découvre leurs signes et leurs événemens.* Paris, 1712, 1716, 1792, in-12. Autre trad. fr. (par l'abbé Le Mascrier), revue par Arnaud de Nobleville. Paris, 1759, 1760, 1762, in-12. Et dans *Opp. omn.* Amsterd. 1746, in-12, 3 tom. en 2 vol.

FERNEL (Jean). *Therapeutices universalis, seu de medendi ratione, libri* VII. Lyon, 1569, 1571, in-8°, etc. Trad. en fr. par Duteil. Paris, 1648, in-8°. Traduction nouvelle (c'est celle de Duteil, légèrement modifiée). Ibid., 1668, in-8°. — *Pathologiæ libri* VII. 1638, in-12. Trad. en fr. par A. D. M. Paris, 1655, 1660, in-8°. Ces deux ouvrages font partie de l'*Universa medicina.* — *Consiliorum medicinalium liber, etc.* Paris, 1582, 1585, in-8°; Francf., 1585, 1593, in-8°; Turin, 1589, in-8°.

DODOENS ou DODONÆUS (Piemb.). *Praxis medica.* Amsterdam, 1616,

1640, in-8°. — *Medicinalium observationum exempla rara, cum scholiis.* Cologne, 1581, in-8°; Anvers, 1585, in-8°; Harderwick, 1584, 1621, in-8°. — *Consilia medica.* Dans le recueil publ. par L. Scholz. Francf., 1598, in-fol.

TRINCAVELLA (Victor). *Prælectiones de ratione curandi omnes corp. hum. affectus, in* XII *libros distinctæ.* Venise, 1575, in-fol. — *Consilia medica.* Bâle, 1587, in-fol. — *Controversiarum medicinalium practicarum libri* IV. Francfort, 1617, in-4°. — *De cognoscendis curandisque morbis, tam externis quam internis, opus elaboratissimum.* Bâle, 1607, 1629, in-8°. Et dans *Opp. omn.*

JOUBERT (Laur.). *Medicinæ practicæ libri* III. Lyon, 1577, in-12. — *Med. pract. priores libri* III; *access. isagoge therapeutices methodi De affectibus pilorum et cutis, præs. capitis, et de cephalalgia, tractatus unus. De aff. internis partium thoracis, tract. alter.* Lyon, 1577, in-8°; 1578, in-16. Et dans *Opp. latin.*

SALIO DIVERSO (P.). *De febre pestilenti tract.; et curationes quorumdam particularium morborum, quorum tractatus ab ordinariis practicis non habetur; atque annot. in artem medicam de med. hum. corp. mulis, a Donato Ant. Attomari, Neap., conditum.* Bologne, 1584, in-4°, et alias. Dern. édit., sous le titre : *Opuscula medica.* Amsterdam, 1681, in-8°.

SCHENCK (J.). *Observationum medicarum rariorum libri* VIII, etc. Bâle et Fribourg, 1584-97, in-8°, 7 vol.; Francfort, 1600, in-8°, 2 vol.; Fribourg, 1604, in-8°; Francf., 1609, 1669, in-fol.; Lyon, 1644, in-fol.

HEURN (J.). *Praxis medicinæ nova ratio; qua libris* III *methodi ad praxim medicam aditus facillimus aperitur ad omnes morbos curandos.* Leyde, 1587, 1590, in-4°; 1599, in-8°; 1609, in-4°. Ex rec. Zacch. Sylvii. Rotterdam, 1650, in-8°. Les *Opp. omn.* contiennent divers autres traités sur des points de méd. pratique.

MERCADO ou MERCATUS (Louis). *De communi et peculiari præsidiorum artis medicæ indicatione. Acc. præmio loco methodus universalis in tres classes dissecta, ut primæ partes affectas sec. affectus ipsos, tertia medendi rationem commonstret, libri* II. Valladolid, in-fol.; Cologne, 1588, in-8°. — *Consultationes morborum complicatorum et gravissimorum, etc.* Francfort, 1614, in-fol., formant le t. V des *Opp. omn.*

CESALPINO (Andr.). *Catoptrose, sive speculum artis medicæ hippocraticum, spectandos, dignoscendos, curandosque universos, tum particulares totius corporis hum. morbos, etc.* Rome, 1601, 1603, in-12, 3 vol. Francfort, 1605, in-8°, etc. — *Praxis universæ artis medicæ.* Trévise, 1606, in-8°. — *Quæstionum medicarum libri* II. Venise, 1593, 1604, in-4°.

FOREEST (P. VAN), FORESTUS. *Observationum et curationum medicinalium libri* XXVIII. Francfort, 1602, in-fol., 2 vol. (Les divers livres dont se compose cet ouvrage avaient paru antérieurement par parties, à Leyde ou à Anvers, 1591-99, in-8°. L'édition de Leyde a été complétée en 1602 et 1606, par l'impr. ultér. des livres qui n'y avaient pas été publiés). — *Observationum, etc., libri* XXIX, XXX, XXXI et XXXII (publiés après la mort de l'auteur). Leyde, 1603-6 in-8°, 2 vol. Francfort, 1604-6, in-fol., formant les t. III et IV de l'édit. précéd. — Réimpr. avec les *Observ. et curat. chirurg. libri*, imprimés à Leyde, in-8°; et à Francfort, in fol., et formant les t. V et VI de cette dernière édit. — Francfort, 1619, in-fol. Ibid., 1634; in-fol., 6 parties, ordinairement en 3 vol. Rouen, 1654, in-fol.; Francfort, 1660-61, in-fol.

II. XVIIe siècle.

ZACUTUS LUSITANUS. *De medicorum principum historia libri* XII, etc. Amsterdam, 1629-42, in-8°, 12 vol.; Lyon, 1642, in-8° et in-fol. — *Praxis medica admiranda, etc.* Amst. 1634, in-8°; Lyon, 1643, in-fol.

CLAUDINI (J. César). *Responsionum et consultationum medicinalium, tomus unicus, in* II *sect. partitus.* Venise, 1606, 1607, in-fol., et alias. Reprod., avec ses autres ouvr., dans: *De ingressu ad infirmos libri* II. Bologne, 1612, 1628, 1663, in-4°; Bâle, 1616, 1617, 1741, in-8°; Venise, 1690, in-4°. — *Empirica rationalis libris* VI *absoluta, et in* 2 *voluminu divisu, in quorum primo universi corp. hum. affectus, penes totum, et partes; in altero vero penes speciem, individuum, ætates, causas manifestas, reconditasque... curantur.* (ouvr. posth., publié par J. C. Cl., son petit-fils). Bologne, 1653, in-fol., 2 vol.

LEPOIS (Charles). *Selectiorum observationum et consiliorum de præteritis hactenus morbis, effectibusque præter naturam ab aqua, seu serosa colluvie et diluvie ortis liber singularis.* Pont-à-Mousson, 1618, in-4°; Leyde, 1650, in-8°; Francf. et Leipzig, 1674, in-8°; Leyde, 1714, 1733, in-4°, avec préf. de Boerhaave. Amsterdam, 1768, in-4°. — Choix d'observations tirées de cet ouvr., sous le titre: *Piso enucleatus...* Chez les Elzevirs. 1639, in-12.

HORST. (Grég.). *Observationum medicarum singularium, libri* IV. *De febribus, morbis capitis, pectoris et viscerum concoctionis. Acc.* 4 *epistol. et consultat.* Ulm, 1625, in-4°. — *Libri* IV *poster., de morbis mulierum, morbis contagiosis et malignis, etc.* Ibid., 1628, in-4°. - *Complem. ad libr.* II *epistolar. et consultat, etc.* Heilbronn, 1631, in-4°. — *Epist. et consultat. liber* III. Ulm, 1636, in-4°. Et dans *Opp. omn.*

RANCHIN (Fr.). *Opuscula medica, etc.* Lyon, 1627, in-4°. — *Opuscules ou traités divers et curieux en médecine.* Lyon, 1640, in-4°.

SENNERT (Dan.). *Practicæ medicinæ liber* I. Wittemberg, 1628, 1636, in-4°; Lyon, 1629, in-8°. — *Lib.* II. Witt. 1629, 1640, in-4°. — *Lib.* III. Ibid., 1631, 1648, in-4°. — *Lib.* IV. Ibid., 1632, 1669, in-4°. — *Lib.* V. Ibid., 1634, in-4°. — *Lib.* VI. Ibid., 1635, in-4°. Et dans *Opp. omn.*

CORTESI (J. B.) *Practicæ medicinæ, part.* I, II, III. Messine, 1631-5, in-4°.

RIVIÈRE (Lazare). *Praxis medica.* Paris, 1640, 1647, in-8°, etc. Trad. en fr. par de Rose; Lyon, 16 , in-8°, 2 vol. — Fr. de la Colonnette en a publié un abrégé sous ce titre: *Riverius reformatus, seu praxis reformata.* Lyon, 1690, 1704, in-8°; Genève, 1795; Venise, 1733, in-4°. — *Observationes med. et curationes insignes quibus acces. ab aliis communicatæ.* Paris, 1646, in-4°, et alias. — *Centuriæ medicæ.* La Haie, 1659, in-8°; Genève, 1679, in-fol., en fr.; Lyon, 1684, in-12. Et dans *Opp. omn.*

BAILLOU (Guill.). *Consiliorum medicinalium, lib.* I, II, III. Paris, 1635-6-49, in-4°. — *Epidemiorum et ephemeridum, libri* II. Ibid., 1640, in-4°. — *Paradigmata et historiæ morborum ob raritatem observatione dignissimæ.* Paris, 1648, in-4°. Et dans *Opera medica omnia.* Paris, 1635, 1640, 1643, 1649, in-4°; Venise, 1734, in-4°, 2 vol. *Cum præfatione, ed.* Tronchin. Genève, 1762, in-4°, 4 vol. — Th. Bonet a donné un abrégé des œuvres pratiques de Baillou, sous les deux titres suivans: *Pharos medicorum, hoc est cautiones, animadv. et obs. practicæ, ex op. G.* Bal-

lonii, etc. Genève, 1668, in-12.— Avec les *Animadversiones et cautiones medicæ* de Settala, sous le nouveau titre : *Labyrinthi medici extricati, sive methodus vitandorum errorum qui in praxi occurrunt, monstrantibus* G. Ballonio et L. Septalio, etc. Genève, 1687, in-4°.

Fonteyn ou Fontanus (Nicol.). *Florilegium medicum, in quo flores universæ medicinæ, tam theoricæ quam practicæ, per partes distinctas proponuntur, etc.* Amsterdam, 1637, in-12. — *Responsionum et curationum medicinalium liber* I. Ibid., 1639, in-12. — *Observationum rariorum analecta*. Ibid., 1641, in-4°.

Severino (Marc Aurèle). *De recondita abscessum natura libri* VIII, Naples, 1632, in-4°; Francfort, 1643, 1688, in-4°; Padoue, 1651, 1663, in-4°; Leyde, 1724, 1729, in-4°. — *De efficaci medicina libri* III, *etc.* Francf., 1646, 1671, 1682, in-fol. Trad. en fr. Genève, 1663, in-4°.

Tulp ou Tulpius (Nicolas). *Observationum medicarum libri* III. Amsterdam, 1641, 1652, 1772, 1785, in-12; Leyde, 1716, in-12. (Les édit. post. à celle de 1652 contiennent IV livres.)

Van Helmont (J. B.). *Ortus medicinæ, id est, initia physicæ inaudita, etc.* Amsterdam, 1648, 1652, in-4°; Venise, 1651, in-fol. Edit. emend. et auct. Lyon, 1667, in-fol. *Adj. tract. de lithiesi, febribus, humoribus et peste.* Francfort, 1632, in-4°. Avec quelques traités inédits, sous le titre : *Opp. omn.* Copenhague, 1707, in-4°.

Bartholin (Thomas). *Historiarum anatomicarum et medicarum rariorum centuriæ* I *et* II. Copenhague, 1654, in-8°; Amsterdam, 1654, in-8°. — *Cent.* III *et* IV *acc. observationes anat.* P. Pawii. Copenh., 1661, in-8°. — *Cent.* V *et* VI *acc.* J. Rhodii *Mantissa anat.* Ibid., 1661, in-8°.

Diemerbroeck (Isbrand de). *Disputationes practicæ de morbis capitis, thoracis et ventris.* Utrecht, 1664, in-12. — *Observationes et curationes medicæ centum.* Dans *Opp. omnia.*

De le Boe ou Sylvius (Franç.). *Praxeos medicæ idæa nova liber* I. Leyde, 1667, 1671, in-12, etc. *Liber* II ; Venise, 1672, in-12, etc. *Liber* III *et Appendix.* Amsterdam, 1674, in-12. (Les 2ᵉ et 3ᵉ livr. ont été publiées, sans l'aveu de l'auteur, par Just. Schrader. L'App. est posthume). — *Collegium medico-practicum, an.* 1660 *dictatum.* Francf., 1664, in-12. Et dans *Opp. medica.*

Barbette (Paul). *Praxis medica, cum notis et observationibus* F. Decker. Leyde, 1669, 1678, in-12. Trad. en fr. Lyon. 1694, in-8°. Et dans *Opp. omn.*

Blaes ou Blasius (Gér.). *Medicina curatoria methodo nova in gratiam discipulorum conscripta.* Amsterdam, 1680, in-8°. — *Observationes med. rariores, etc.* Ibid., 1677, in-8°.

Dolée ou Doloeus (J.). *Encyclopædia medica theoretico-practica.* Francfort, 1684, 1691, in-4°; Amsterdam, 1686, in-4°; 1668, in-8°. Avec l'*Encycl. chirur.* Dans *Opp. omn.*

Chesneau (Nicol.). *Observationum medicinalium libri* V, *etc.* Paris, 1672, 1683, in-8°; Leyde, 1719, 1743, in-4°.

Decker (Fréd.). *Exercitationes practicæ circa medendi methodum, observationibus illustratæ.* Leyde, 1673, in-8°; 1694, in-4°. Avec rem. de A. de Martino. Naples, 1726, in-4°.

Amman (Paul). *Medicina critica, sive decisoria, centuria casuum medicinalium in concilio Fac. med. Lips. resolutorum comprehensa, ac variis discursibus aucta.* Stade, 1677, in-4°.

Tozzi (Luc). *Medicinæ pars prior, curiosu tum ex physiologicis, tum*

pathologicis deprompta, veterum recentiorumque medendi methodum complectens.* Lyon, 1681, in-8°. — *Med. pars altera, quæ hactenus adversus morbos adinventa sunt... explicans.* Avignon, 1687, in-8°; et *Opp. omn. med.* Venise, 1711, 1728, in-4°.

ETTMULLER (Michel). *Opera omnia theoretico-practica, morborum omnium dilucida descriptio et curatio perselectissimu. Acc. chirurgicu-medicu methodus consultatoria, tum tractatus aliqui particulares.* Londres, 1683, in-4°; Leyde, 1685, in-4°; édit. P. Chauvin; Lyon, 1685, 1686, in-4°; 1690, in-fol. Réimprimé dans les *Opp. theoretico-pract.*, édit. par Mich. Ern. Ettmuller. Francfort, 1708, in-fol., 3 vol.; et dans les *Opp. omn.*, édit. par Cyrillo. Naples, 1728, in-fol.; édit. par Manget et Cyrillo. Genève, 1736, in-fol., 4 vol.

ROLFINCK (Guerner ou Werner). *Theutrum practicum, in quo omnes affectus in medicinu speciuli occurrentes producuntur et exuminuntur.* Francfort et Leipzig, 1686, in-4°.

STALPART Van der WIEL (Corn.). *Observutionum rariorum medico-anat.-chirurg. Centuria prior.; Acc. De unicornu. Diss., etc. Centuria poster., pars prior; access.* P. Stalpartii V. d. W., Corn. filii *Diss. de nutritione fœtus exercitutio.* Leyde, 1687, 1727, in-8°, 2 vol. Trad. en fr. par Planque. Paris, 1758, in-12, 2 vol.

PITCAIRN (Archib.). *Elementa medicn libri* II, *quorum prior theoriam, posterior praxin exhibet.* Leyde, 1737, in-4°; et *Oper. omn. medic.* Leyde, 1737, in-4°.

PECHLIN (Nicol.). *Observationum physico-medicarum libr.* III. Hambourg, 1691, in-4°.

MORTON (Richard). Πυρετολογία, *seu exercitationes de morbis universalibus acutis.* Londres, 1692, 1693, in-8°. Berne, 1693, in-8°; et dans *Opp. omn.*

WEPFER (J. Jacq.). *Observationes medicæ practicæ, de affectibus capitis internis et externis.* Schaffouse, 1727, in-4°; Zurich, 1745, in-4°.

SYDENHAM (Thomas). *Methodus curandi febres propriis observ. superstructa.* Londres, 1666, 1668, 1683, in-8°; Amsterdam, 1666, in-12, sous le titre : *Observ. medicæ circa morborum acutorum historiam et curationem.* Londres, 1676, in-8°; Genève, 1683, in-12. — *Operu omnia.* Londres, 1685, 1705, 1734, in-8°; Amsterdam, 1683, 1687, in-8°; Leipzig, 1695, 1711, in-8°; Genève, 1784, in-12; 1696, in-8°; 1716, 1723, in-4°; 1737, in-4°, 2 vol.; 1757, in-4°, 2 vol; Leyde, 1726, in-8°, etc.: Venise, 1735, 1762, in-fol.; Lyon, 1737, in-4°; édit. Kühn; Leipzig, 182 , in-8°. En anglais, par C. Pechey. Londres, 1696, in-8°: *The entire Works, etc.* Londres, 1742, 1753, in-8°. Trad. en franç. par A. F. Jault : *Œuvres de médecine pratique, etc.* Paris, 1776, in-8°; Avignon, 1799, in-8°. Nouvelle édit., revue d'après la trad. latine, et augm. de notes explicatives et critiques, et d'un discours apologétique sur Sydenham, par J. B. Th. Baumes. Montpellier, 1816, in-8°, 2 vol.; avec notice sur Sydenham et ses écrits, par Prunelle. Ibid., 1816, in-8°, 2 vol.

BAGLIVI (Georges). *De praxi medica libri* II, *ad priscam observandi rationem revocanda.* Rome, 1696, in-8°; Leyde, 1699, 1700, in-8°; Rome, 1702, in-4°; ed. nova, ex rec. E. G. Baldingeri; Marbourg, 1793, in-8°; et dans *Opp. omn.*

BOREL ou BORELLUS (Pierre). *Historiarum et observ. physico-med. centuriæ* I et II. Castres, 1653, in-8°. — *Acc.* Isaac. Cattieri : *Observutiones*

med. raræ, et vita Ren. Cartesii. Paris, 1657, in-8°; Francfort, 1670, in-8°. — *Acc.* J. Rhodii *Observationes;* Arn. Bootii : *De affectibus omissis tractatus;* et P. Matth. Ronsii : *Consultationes et observationes selectæ.* Francfort, 1676, in-8°.

Bonet (Théoph.). *Mercurius compitalitius, sive index medico-practicus per decisiones, cautiones, animadv., castigat. et observationes in singulis affectibus..; veram et tutam medendi viam ostendens. Acc. Appendix de medici munere.* Genève, 1682, in-fol. — *Polyalthes, sive thesaurus medico-practicus ex quibuslibet rei medicæ scriptoribus congestus..., in quo viri excell.* J. Johnstoni *syntagma explicatur, etc.* Genève, 1691, in-fol., 3 vol.

Manget (J. J.). *Bibliotheca medico-practica, sive rerum medicarum thesaurus cumulatissimus; quo omnes prorsus hum. corp. morbosæ affectiones ordine alphabetico explicantur, etc.* Genève, 1695, 1696 et 98, in-fol., 4 vol.

IV. xviiie *siècle.*

Hoffmann (Fréd.). *Medicina rationalis systematica.* Halle, 1718-39, in-4°, 4 tom. en 8 vol.; Bâle, 1738, in-4°; Genève, 1761, in-4°. (Les t. i, ii et iii comprennent la pathol. et la thérapeutique générales. Les six derniers volumes titrés t. iv, part. i-v, sont consacrés à la pathol. et à la thérap. spéciales. Les t. i, ii et iii ont été traduits en fr. par J. J. Bruhier d'Ablancourt. Paris, 1739-44, in-12, 9 vol.) — *Consultationes et responsa medicinalia.* Halle, 1734, in-4°, 2 vol.; Amsterdam, 1734, 1735, in-8°, 3 vol.; Francf., 1734, 1735, in-4°, 2 vol., et *Opp. omn.*

Boerhaave (Herman). *Aphorismi de cognoscendis et curandis morbis.* Leyde, 1709, 1715, etc., in-8°. Paris, 1720, etc., in-12. Trad. en fr. par de La Mettrie. Rennes, 1738, in-8°; Paris, 1750, in-12; 1789, in-8°. Ces aphor. ont été pour Van-Swieten le texte d'un ouvrage qui sera indiqué plus bas. — *Praxis medica, seu commentarius in aphorismos.* Padoue (Belgique), 1728, in-8°, 5 vol. Londres, 1732, 1745, in-8°, 5 vol. Ce sont les leçons que B. faisait sur ses aphorismes, et qui furent recueillies par quelques-uns de ses élèves. — *Consultationes medicæ, sive silloge epistolarum cum responsis.* La Haie, 1743, in-12; 1744, in-8°; Londres, 1744, in-8°; Leyde, 1744, in-8°; edid. Haller. Gottingue, 1744, 1751, in-8°; avec add. et corr. Ibid., 1752, in-8°, avec les *Prælect. Acad. in propr. instit.* Francfort, 1750, in-8°, etc.

Stahl (George Ernest). *Theoria medica vera physiologiam et pathologiam tanquam doctrinæ medicæ partes vere contemplativas e natura et artis veris fundamentis intaminata ratione et inconcussa experientia sistens.* Halle, 1707, 1708, in-4°. Ibid., 1737, in-4°, 2 vol. — *Collegium practicum.* Leipzig, 1728, 1732, 1745, in-4°. Edid. Choulant. Leipzig, 1831, in-12, 3 vol. — *Collegium casuale minus.* Swidnitz et Hirschberg, 1734, in-4°.

Juncker (Jean). *Conspectus medicinæ theoretico-practicæ, tabulis* cxvi *omnes primarios morbos methodo Stahliana tractandos exhibens.* Halle, 1718, in-4°, 2ª edit. auct. tab. cxxxviii, cum ind. et præfat. Stahlii. Ibid., 1724, in-8°; 1734, in-4°; 1750, in-4°. — *Conspectus pathologiæ, ad dogmata Stahliana præcipue adornatæ, etc.* Halle, 1735, in-4°.

CARL (J. Sam.). *Praxeos medicæ therapia generalis et specialis in usum priv. audit. ichnographice delineata.* Halle, 1718, in-4°. 2e édit. augm., sous le titre : *Therapia dogmatico-clinica ichnogr. delin.* Budingen, 1737, in-8°. — *Specimen historiæ medicæ, ex solidæ experientiæ documentis, maxime vero monumentis Stahlianis in syllabum aphor. reductum.* Halle, 1719, in-4°. 2e édit. augm., sous le titre : *Historia med. pathologico-therap.* Copenhague, 1737, in-8°, 2 vol.

ALLEN (J.). *Synopsis universæ medicinæ practicæ, sive doctissimorum virorum de morbis, eorumque causis ac remediis judicia.* Londres, 1719, in-8°; 172 , in-8°. *Acc. casus nonnulli oppido rari.* Ibid., 1729, in-8°, p. II, et alias. Trad. par J. Devaux. Paris, 1728, in-12, 3 vol. Nouvelle édition, rev. corr. et aug. de plus du double, tant des add. contenues dans la dern. éd. de l'aut., que de celle du trad. Paris, 1730, in-12, 6 vol. Nouvelle édition (par Boudon). Paris, 1737, in-12, 6 vol. Ibid., 1741, 1752, in-12, 7 vol.

GORTER (Jean de). *Compendium medicinæ in usum exercitationis domesticæ digestum.* Pars I. *De morbis generalibus.* Leyde, 1731, in-4°. *Pars II, therapeuticam exhibens.* Ibid., 1737, in-4°. Francfort et Leipzig, 1749, in-4°. Padoue, 1751, in-4°; Venise, 1751, in-4°. — *Praxis medicæ systema.* Pars I, *De morbis generalibus.* Pars II, *De morbis particularibus.* Harderwyk, 1750, in-8°. Padoue, 1752, in-4°; Leipzig, 1755, in-4°. — *Opuscula varia, medico-theoretica.* Padoue, 1751, in-4°. — *Opuscula medico-practica.* Padoue, 1751, in-4°.

REGA (Henr. Jos.). *Accurata methodus medendi per aphorismos proposita.* Louvain, 1737, in-4°; Cologne, 1765, in-4°.

SWIETEN (Gérard VAN). *Commentaria in H. Boerhaave aphorismos, de cognoscendis et curandis morbis,* t. I. Leyde, 1741, 1745, in-4°; Turin, 1745; Venise, 1745; Paris, 1745; t. II. Ibid., 1745; t. I-II. Hildburghausen, 1747; t. III-V; Leyde, etc., 1753-72; Wurzbourg, 1787-91, in-8°, 11 vol.; Tubingue, 1791, in-4°, 8 vol. Trad. en fr. : 1° la partie qui a rapport à la péripneumonie, par Paul. Paris, 1761, in-12. — *De la pleurésie,* par le même. Ibid., 1763, in-12. — *Des fièvres,* par Moublet. Lyon, 1770, in-12, 6 vol.

ASTRUC (J). *Tractatus pathologicus.* Genève, 1743, 1753, in-8°; Paris, 1766, in-12. — *Tractatus therapeuticus.* Genève, 1743, 1750, in-8°.

HEISTER (Laur.). *Compendium medicinæ practicæ, cui præm. est diss. de medicinæ mechanicæ præstantia.* Amsterdam, 1745, in-8°; Venise, 1748, in-8°; et en Allem.

SCARDONA (J. Franç.). *Aphorismi de cognoscendis et curandis morbis, uberr. commentariis, atque animadversionibus illustrati.* Padoue, 1746, 1762, 1775, in-4°, 3 vol. — *Aph. de cogn. et cur. mulierum morbis.* Padoue, 1758, in-4°; et avec les précédents aph. dans les dernières éditions.

BUECHNER (André Élie). *Fundamenta pathologiæ generalis anatomico et physico-mechanicis principiis, ex Hoffmanni medicina systematica deprompta.* Halle, 1746, in-8°. — *Fundamenta pathologicæ specialis.* Halle, 1748, in-8°.

SCHULZE (Jean Henri). *Pathologia generalis.* Halle, 1747, in-8°. — *Pathologia specialis.* Halle, 1747, in-8°.

LOBB (Théoph.). *A compendium of the practice of physic.* Londres,

1747, in-8°.— *Medical principles and cautions*, part. I, II et III. Londres, 1751-2-3, in-8°. — *Medicinal letters, in two parts*. Londres, 1763, in-12. — *The practice of physic in general, etc.; published from his* MMS. Londres, 1771, in-8°, 2 vol.

KLEIN (L. God.). *Interpres clinicus, sive de morborum indole, exitu, insanitate, metaschematismo, successionibus, etc.; comitatur opusc.* præf. Alb. de Haller. Francfort-sur-le-Mein, 1753, in-8°. *Ed.* Double. Paris, 1809, in-32. Leipzig, 1826, in-12. Trad. en fr. par J.-F. A., sous ce titre : *Le médecin interprète de la nature, etc.* Paris, 1775, in-12, 2 vol.

LUDWIG (Chr. Théoph). *Institutiones medicinæ clinicæ*. Leipzig, 1758, 1769, in-8°.

HOME (Franç.). *Principia medicinæ*. Edimbourg, 1758, in-8°; 1783, in-8°. Trad. en fr. par Gastellier, avec un extrait de l'ouvr. suivant. Paris, 1773, in-12. — *Medical facts and experiments*. Edimb. et Londres, 1759, in-8°.

SAUVAGES (Fr. Boissier de). *Pathologia methodica, seu de cognoscendis morbis*. Lyon, 1759, in-8°. — *Nosologia methodica sistens morborum classes, genera et species*. Amsterdam, 1763, in-8°, 5 vol. Ibid., 1768, in-4°, 2 vol. Trad. en fr. par Gouvion, avec add. du *Genera morborum* de Linné, texte et trad. fr. Lyon, 1772, in-12, 10 vol. L'ouvrage de Sauvages a été modifié et réformé par Chr. Fréd. Daniel, sous ce titre : *Nosologia methodica sistens ægretudines, morbos, passiones, ordine artificiali ac naturali castigavit, emend., auxit icon.* (*jam* XVI) *ad naturam pictas adjecit*. Leipzig, 1790-7, in-8°, 5 vol.

LINNÉ (Ch.). *Diss. genera morborum*. Upsal, 1759, in-4°; et dans *Amœn. acad.*, t. VI, p. 452.

MORGAGNI (J.-B.). *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*. Venise, 1762, in-fol., 2 vol.; Naples, 1762, in-4°; Leyde, 1767, in-4°, 4 vol., avec préf. et not. biogr. sur l'auteur, par Tissot; Yverdun, 1779, in-4°, 3 vol.; éd. Chaussier et Adelon, Paris, 1820-22, in-8°, 8 vol.; Leipzig, 1827-9, in-8°, 6 vol.; trad. en franç. par Désormeaux et Destouet, Paris, 1820-4, in-8°, 10 vol.

LIEUTAUD (Jos.). *Précis de la médecine pratique, etc.* Paris, 1760, in-8°; augm. Ibid., 1766, in-8°. 4e édit. augm. Ibid., 1776, in-12, 3 vol. Trad. en lat., avec le *Précis de la matière médicale*, sous le titre : *Synopsis universæ praxeos medicæ, etc.* Amsterdam, 1765, in-4°, 2 vol. Edit. auct. Paris, 1770, in-4°, 2 vol. Padoue, 1 777, in-4°, 2 vol.

PIQUER (André). *Praxis medica*. Part. I et II. Madrid, 1764-6; Amsterdam, 1775, in-8°, 2 vol.

HAMBERGER (G. Ehr.). *Methodus medendi morbis. Edid. ac simul de præstantia theoriæ Humbergeri præ cæteris, præfatus est* Ern. God. Baldinger, Iéna, 1761, in-8°.

ELLER (J. Théod.). *Observationes de cognoscendis et curandis morbis, præsertim acutis*. Kœnisberg et Leipzig, 1762, in-8°; Amsterdam (Genève), 1766, in-8°. Trad. en fr., par Agathange Leroi. Paris, 1774, in-12. — *Ausübende Arzneywissenschaft, etc.* Introduction pratique à la connaissance et au trait. de toutes les maladies internes (Œuvres posth.). Berlin et Stralsund, 1767, in-8°.

FORDYCE (George). *Elements of the practice of physic*. Pars II, *contain. the history and method of treating fever and internal inflammations*.

Londres, 1767, in-8°. — Pars. I, *cont. the internal history of the hum. body*. Ibid., 1770, 1791, in-8°.

SAGAR (J.-B.-M.). *Systema morborum symptomaticorum secundum classes, ordines et genera cum characteribus.* Vienne, 1771, in-8°. Ibid., 1784, in-8°, 4 vol.

GREGORY (Jean). *Elements of practice of the physic for the use of students.* Edimbourg, 1772, in-8°; Londres, 1774, in-8°; et dans *Whole works.* Edimb., 1788, in-12, ou in-8°, 4 vol.

MACBRIDE (David). *Introduction to the theory and practice of physic.* Londres, 1772, in-4°. Édit. augm. Dublin, 1776, in-8°, 2 vol. Trad. en latin, par J. F. Closs. Utrecht, 1774, in-8°, 2 vol.; en fr., par Petit Radel, 17 , in-8°. 2 vol.

VOGEL (Rod. Augustin). *Prælectiones Acad. de cognoscendis et curandis præcipuis corporis humani affectibus.* Gottingue, 1772, in-8°. Edit. 2e, corr. 1785, in-8°. Avec préf. de Tissot. Lausanne, 1789, in-8°. — *Opuscula med. selecta, etc.*, t. I. Gottingue, 1768, in-4°. — *Diss. observationum medico-chirurgicarum biga.* Ibid., 1773, in-4°. — *Ausgesuchte akad. kleine Schriften, path. prak. und chir. Inhalts; aus dem Latin. übers, und mit Anmerkungen u. Zusätzen vermehrt von* Sam. Gotll. Vogel. Lemgo, 1778, in-8°.

CULLEN (Guill.). *Fits lines of the practice of physic.* — *Eléments de médecine pratique.* Edimbourg, 1776-83, in-8°, 4 vol. Ibid., 1784. 4 vol. in-8°, etc. Avec notes de Rotherham., 1796, in-8°. Avec notes de P. Reid sur la doctrine de Brown. Ibid., 1802, 1810, in-8°, 2 vol. 7e édit., avec notes, par J. Gregory. Ibid., 179 , in-8°, 2 vol. Trad. en lat. par B. Beerenbroeck. Leyde, 1779, in-8°. Trad. en fr. par Pinel. Paris, 1785, in-8°, 2 vol.; par Bosquillon, avec notes. Paris, 1785-7, in-8°, 2 vol. La même trad., avec remarques, par Delens. Ibid., 1819, in-8°, 3 vol. — *Clinical lectures*, publ. d'après des notes prises au cours de Cullen. Londres, 1797, in-8°; Edimbourg, 1814, in-8°. — *Synopsis nosologiæ methodicæ, continens genera morborum.* Edimb., 1769, 1772, 1780. Edit. 4a, amend. et auct. 1785, in-8°. *Recudi cur. et præf.* J. P. Frank. Pavie, 1787, in-8°. Trad. en angl., sous le titre : *Nosology, or a systematic arrangem. of diseases by classes, etc.* Edimb., 1800, in-8°.

STOLL (Maximilien). *Ratio medendi in nosocomio pract. Vindob.* Pars I, II, III. Vienne, 1777-8-80, in-8°. 2e édit. avec tab. alphab. Ibid., 1787, in-8°. Leyde, 1787; Paris, 1787. Trad. en fr. par P.-A.-O. Mahon. Paris, 1809, in-8°, 2 vol. — Part. IV-VII, éd. J. Eyerel, 1789-90, in-8°, 4 vol. — *Aphorismi de cognoscendis et curandis febribus.* Vienne, 1785, in-8°. Trad. en fr. par Mahon et Corvisart. Paris, 1809, in-8°. — *Prælectiones in diversos morbos chronicos.* Ed. et præf. J. Eyerel. Vienne, 1788-9, in-8°, 2 vol.

GREGORY (Jacques). *Conspectus medicinæ theoreticæ ad usum Acad.* Edimbourg, 1776-82, in-8°. 2 vol. Édit. augm. Ibid., 1788-90, in-8°, 2 vol. 6e édit., 1818.

KAEMPF (Jean). *Enchiridium medicum.* Francfort et Leipzig, 1778, in-8°. *Edit. emend.* Francfort, 1788. in-8°. *Passim emend. et auct. denuo edit. u* Car. J. Th. Kortum. Ibid. 1792, in-8°.

MEZA (Sal.-Th.). *Compendium medicum practicum per fuse* (1-9). Copenhague, 1780-3, in-8°, 3 vol.

SELLE (Chr. Gottl.). *Medicina clinica, oder. Handbuch der medicinischen Praxis.* Berlin, 1781, in-8°. 8e édit. Ibid., 1801, in-8°. Trad. en

latin par K. Sprengel, sous le titre : *De curandis hominum morbis.* Ibid., 1788, in-8°; en fr., par Coray. Montpellier, 1787, in-8°, 2 vol. — *Rudimenta pyretologiæ methodicæ.* Berlin, 1773, in-8°. Ed. 2a, auct. Ibid., 1786, in-8°. Ed. 3a, auct. Ibid., 1789, in-8°. Trad. en fr. par Nauche. Paris, 1802, 1817, in-8°; par Montblanc. Lyon, 1802, in-8°, par Clanet. Toulouse, 1802, in-8°.

BROWN (Jean). *Elementa medicinæ.* Edimbourg, 1780, in-12; Londres, 1784, in-8°, 2 vol.; Edimb., 1788, in-8°. Ed. Moscati. Milan, 1792, in-8°. Hildburghausen, 1794, in-8°. Trad. en angl. par Beddoes. Londres, 1795, in-8°, 2 vol. Trad. en fr. d'après l'original latin, avec add. et notes de l'auteur, tirées de la traduction anglaise, et la table de Lynch, modifiée par Pfaff, par Fouquier. Paris, 1805, in-8°. Trois autres trad. fr. ont été publ., l'une d'après la version allem. de Weikard, les deux autres par Léveillé et Bertin, d'après la version ital. de l'ouvr. de Weikard, par Jos. Frank.

VACHIER. *Méthode pour traiter toutes les maladies, etc.* Paris, 1785, in-12, 14 vol.

BORSIERI DE KANIFELD (J. B.). BURSERIUS. *Institutiones medicinæ practicæ,* Milan, 1785-9, in-8°, 8 vol. Ibid., 1790, in-4°, 4 vol. Leipzig, 1798, in-8°, 4 vol. Avec add. de Brera, et divers Opuscules de Borsieri. Padoue, 1823, in-8°, 9 vol. — *Recudi cur, præf. est et auc. vitam adjecit* J. Fr. Hecker. Leipzig, 1825-6, in-8°, 4 vol. — *Opp. posth. edit.* J. B. Berti. Vérone, 1819-21, in-8°, 3 vol.

BANG (F. L.). *Praxis medica, systematice exposita, selectis diarii nosoconisi Friedericiani illustrata.* Copenhague, 1789, in-8°, 2e édit., 1819, in-8°.

SALLABA (Matth. de). *Historia morborum naturalis,* Pars. I. Vienne, 1790, in-8°.

BRENDEL (J. God.). *Prælectiones Acad., de cognoscendis et curandis morbis.* Edid. H. G. Lindmann. Leipzig, 1792-4, in-8°, 3 vol.

BERLINGHIERI (Fr. Vacca). *Codice elementare di medicina pratica sanzionato dall' esperienza per conoscere e curare mali particolari del corpo umano.* Pise, 1794, in-8°, 2 vol. — *Pensieri intorno a vari soggetti di medicina fisica e chirurgia.* Lucques, 1779, in-8°. — *Considerazioni intorno alle malattie dette volgarmento potride, etc.* Ibid., 1781, in-8°. — *Saggio intorno alle principale e più frequenti malattie del corpo umano, etc.* Pise, 1787, in-8°, 2 vol.

WEIKARD (Melchior-Adam). *Medicinisches praktisches Handbuch.* Heilbronn, 1797, in-8°, 3 vol. Ibid, 1802-4, in 8°. (Rédigé dans la doctrine de Brown.)

STARK (J. Chr.). *Handbuch zur Kenntnisz und Heilung innerer Krankheiten der menschl. Körpers, etc.* Iéna, 1799-1800, in-8°, 2 vol.

VOGEL (Sam. Gottlieb). *Handbuch der praktischen Arzneywissenschaft.* Stendal, 1781-1816, in-8°, 6 vol. Les cinq premiers volumes ont eu plusieurs éditions; la dernière est de 1821. Trad. en lat., avec notes, par J. B. Keup. *Manuale praxeos medicæ, etc.,* t. I à III. Ibid., 1790-2, in-8°. — *Allgemeine med. diagnostische Untersuchungen und Verfollkommnung seines Kranken-Examen.* Stendal, 1824-31, in-8°, 2 vol.

FRANK (J. Pierre). *De curandis hominum morbis epitome.* Lib. I-V, part. I, II. Manheim, 1792-1807, in-8°, 6 vol. Lib. VI, pars I. Stuttgard, 1811, in-8°. Lib. VI, part. II et III. *Ed. et præf.* J. Eyerel. Vienne, 1820-1, in-8°, 2 vol.; Pise, 1820-1, in-8°, 2 vol. — *Ex* J. P.

Frank. *Prælectionibus quas cur. et præf.* J. Eyerel, lib. VII, sect. I, II. *De neurosibus.* Vienne, 1805, in-8°, 2 vol. L'*Epitome* a été réimprimé avec les *Leçons sur les névroses*, qui complètent l'ouvrage. Turin, 1819, in-8°, 10 vol. Trad. en fr. par Goudareau, Paris, 1820-3, in-8°, 5 vol. Le trad. a ajouté un sixième volume de sa composition sur les névroses. Montpellier, 1828, in-8°.

Planque (François). *Bibliothèque choisie de médecine, tirée des ouvrages périodiques, tant français qu'étrangers.* Paris, 1748-70, in-4°, 10 vol., ou in-12, 31 vol. Le t. x, in-4°, ou les t. XXVIII à XXXI, in-12, sont de Goulin.

Mémoires, observations, Mélanges.

Bass ou Bassius (Henr.), *Observationes anat.-chir.-medicæ, in IV decades digestæ, etc.* Halle, 1731, in-8°, fig.

Lancisi (J. M.). *Dissertationum variarum sylloge.* Rome, 1745, in-4°. — *Consilia posthuma* XLIX. Venise, 1747, in-4°.

Delius (Henr.). *Amœnitates medicæ.* Quedlimbourg, 1747, in-8°.

Mead (Richard). *Monita et præcepta medica.* Londres, 1751, in-8°, et alias. Trad. en fr. Paris, 1758, in-12.

Eschenbach (Chr. Ehr.). *Observata quædam anat.-chir.-medica rariora.* Rostock, 1753, in-4°. Ed. auct. Ibid., 1769, in-8°, fig. — *Observ. rariorum continuatio.* Ibid., 1769, in-8°, fig.

Loeseke (J. L. L.). *Observ. anat.-chir.-medicæ novæ et rariores.* Berlin, 1754, in-8°.

Deidier (Ant). *Consultations et observations médicinales.* Paris, 1754, in-12, 3 vol.

Haller (Alb. de). *Opuscula pathologica partim recusa, partim inedita, etc.* Lausanne, 1755, in-8°, et alias; et, avec add., dans *Opp. minora*, t. III.

Vogel (Zacharie). *Merkwürdige Krankengeschichte und nutzliche Erfahrungen aus der Geneskunst und Wundnarzney, 1ster sammlung.* Rostock et Weimar, 1756, in-4°. — *Anatomische, chir. und medic. Beobachtungen und Untersuchungen.* Rostock, 1759, in-8°.

Schrader (H. H. Chr.). *Observationes rariores ad rem medicam et obstetriciam spectantes.* Wolfenbuttel, 1759, in-8°.

Stoerk (Ant. de). *Annus medicus, quo sistuntur observationes circa morbos acutos et chronicos.* Vienne, 1759, in-8°. — *Ann.* II. Ibid., 1761, in-8°.

Haen (Ant. de). *Ratio medendi in nosocomio practico, etc.* Pars XV. Vienne, 1773, in-8°. — *Rationis med. continuatæ*, t. I, II. Ibid., 1771-4, in-8°; t. III, *seu Oper. posth.*, *vol.* 1, *collect. et edid.* Max. Stoll. Ibid., 1779, in-8°. — *Ratio medendi*, *etc.* Leyde, 1761-74, in-8°, 4 vol. Paris, 1761-74, in-12, 9 vol. — *Opuscula quædam inedita; acc. historiæ morbor. a Stollio in coll. clin. Hænii ann.* 1770-72 *consignatæ. Edit. cur. et præf.* J. Eyerel, P. I et II. Vienne, 1795, in-8°, fig.

Moehring (P. H. G.). *Historiæ medicinales, junctis fere ubique corrolariis, praxim medicam illustrantibus.* Amsterdam, 1761, in-8°, fig.

Baader (Jos. Lambert). *Observationes medicæ incisionibus cadaverum anatomicis illustratæ.* Fribourg, 1762, in-8°. Inséré dans le *Thesaur. diss.* de Sandifort, t. III.

Plenciz (Marc. Ant. de). *Opera medico-physica in* IV *tract. digesta.* Vienne, 1762, in-8°.

Lentin (Lebr. Fréd. Benj.). *Observationum medicarum fasciculus* I. Leipzig, 1764; *fasc.* II. Celles, 1770; *fasc.* III, 1772, in-8°. — *Beobachtungen einiger Krankheiten.* Gottingue, 1774, in-8°.

Robert. *Traité des principaux objets de médecine, avec un sommaire de la plupart des thèses soutenues aux écoles de Paris, depuis* 1752 *jusqu'en* 1764; *on y a joint des observations de pratique.* Paris, 1766, in-12, 2 vol.

Hautesierk (Richard-de). *Recueil d'observations de médecine des hôpitaux militaires.* Paris, 1766-72, in-4°, 2 vol.

Triller (Dan. Guill.). *Opuscula medica ac med.-philologica antea sparsim edita, nunc autem in unum coll. atque digesta, ab. auct. ipso prius recogn., auct., etc., cur. et præf. est* C. Chr. Krause. Francfort et Leipzig, 1766 72, in-4°, 3 vol.

Leroy (Charles). *Mémoires et observations de médecine : première partie, contenant deux mémoires sur les fièvres aiguës et sur le pronostic dans les maladies aiguës.* Montpellier, 1766, 1776, 1784, in-8°. 2ᵉ partie. Paris, 1801, in-8°. — *Mélanges de physique, de chimie et de médecine, contenant : mémoire sur l'usage des eaux de Bularuc; mémoire sur le mécanisme par lequel l'œil s'accommode aux différentes distances des objets; mémoire sur les fièvres aiguës; réflexions et observations sur le scorbut; précis sur les eaux minérales.* Paris, 1771, in-8°.

Ludwig (Chr. Théoph.). *Adversaria medico-practica.* Leipzig, 1769-73, in-8°, 3 vol., fig.

Le Camus (Ant.). *La médecine pratique rendue plus simple, plus sûre et plus méthodique, etc.*, t. I. Paris, 1769, in-4°, et in-8°, t. II, publié par Bourru, avec notice sur l'auteur. Ibid., 1772, in-4°. — *Mémoires sur différens sujets de médecine.* Paris, 1760, in-12.

Sauvages (Fr. Boissier de). *Chefs-d'œuvre de Sauvages.* Lyon, 1771, in-12, 2 vol. Coll. d'une partie de ses opusc. réunis par Gilbert.

Gaubius (Jér. David). *Adversariorum varii argumenti.* Leyde, 1771, in 4°. - *Opuscula academica omnia.* Ibid., 1787, in-4°.

Quarin (Jos. de). *Methodus medendarum febrium.* Vienne, 1772, 1774, in-8°. Autre édit., sous le titre : *Commentatio de curandis febribus et inflammationibus.* Ibid., 1781, in-8°. Trad. en fr., avec notice, par J. B. Emonnot. Paris, an VIII, in-8°, 2 vol. — *Animadversiones practicæ in diversos morbos.* Vienne, 1786, in-8°. Ibid., 1814, in-8°. Trad. en fr. par Sainte-Marie. Paris, 1781, in-8°.

Thomson (Thom.). *Medical consultations on various diseases, published from his letters.* Londres, 1773, in-8°.

Bordeu (Théoph.). *Recherches sur les maladies chroniques, leurs rapports avec les maladies aiguës, etc.* Paris, 1775, in-8°; avec la *Diss. sur les écrouelles.* Ibid., an VII; avec des notes et la vie de l'auteur, par Rousset; et dans *Œuvres compl. — Traité de médecine théorique et pratique extr. des œuvr. de M. B.; avec des remarques critiques*, par Minvielle. Paris, 1774, in-12; et sous le titre : *Anal. raisonnée des œuvres de méd. de Th. Bordeu, etc.* Montpellier, 1825, in-8°.

Weikard (Melchior Adam). *Observationes medicæ.* Francfort, 1775, in-8°. — *Sammlung medicinisch-praktischer Beobachtungen und Abhandlungen.* Vienne, 1798, in-8°.

Meza (Sal. Th.). *Opuscula pathologico-practica.* Copenhague, 1776, in-8°.

VOGEL (Sam. Gottl.). *Versuch einige medic.-praktischen Beobachtungen, nebst Anhang einiger kurzen Bemerkungen vermichten Inhalts.* Gottingue, 1777, in-8°.

PLENCIZ (Jos. de). *Observationum medicarum decas prima.* Vienne, 1778, in-8°. — *Acta et observata medica.* Prague, 1783, in-8°.

VIGAT (P. Rod.). *Observations et diss. de méd. pratique, publ. en forme de lettres, pnr M. Tissot, et trad. avec l'approb. de l'auteur.* Iverdun, 1780, in-12. — *Delectus observationum ex diario clin. depromptarum.* Ibid., 1780, in-8°.

METZGER (J. Dan.). *Vermischte medicinische schriften.* Kœnisberg, 1781-4, in-8°, 3 vol. — *Observ. anat. pathologicæ, cum epicrisi.* Ibid., 1784, in-4°. — *Opuscularum acad. ad nrtem medicam spectantium fasc.* I. Ibid., 1788, in-8°. — *Neue vermischte med. Schristen.* Ibid., 1800, in-8°.

FOTHERGILL (J.). *Complete collection of the med. and philos. works.* Ed. Elliot, 1782, in-8°. — *Works.* Ed. Letsom. Londres, 1783, in-8°, 3 vol.

HEBERDEN (Guill.). *Commentnrii de morborum historia et curatione.* Londres, 1802, in-8°. Recudi cur. J. Th. Sœmmering. Francfort-sur-le-Mein, 1804, in-8°; et en anglais. Londres, 1802, in-8°; 2e édit., 1803, in-8°.

KREBS (Fréd. Chr. Ch.). *Medicinische Beobactungen.* Quedlimbourg, 1783-91, in-8°, 2 vol.

FORDYCE (William). *Fragmenta chir. et medica.* Londres, 1784, in-8°.

SCHMALZ (Ch. Louis). *Seltene chir. und medicinisch. Vorfalle.* Leipzig, 1784, in-8°.

KRAUSE (Charl. Chr.). *Opusculn academica medico-practica, hinc inde aucta et emend., edit. cur.* C. G Kühn, t. I. Leipzig, 1787, in-8°.

EYEREL (Jos.). *Observationes medicæ vnrii argumenti. Præm. methodus examinnndi ægros. sylloge.* Vienne et Leipzig, 1786, in-8°, 1 vol. en 6 parties. — *Commentaria in Max. Stoll Aphorismos.* Vienne, 1788-93, in-8°, 6 vol. — *Diss. medicæ in Univ. Vindob. habitio, ad morbos chron. pertinentes, et ex Max. Stoll prælect. potissimum conscriptæ.* Vienne, 1788, 1792, in-8°, 4 vol.

BALDINGER (Ern. Godefr.). *Opuscula medica.* Gottingue, 1787, in-8°.

STARK (William). *Works, consisting of clinicnl and anatomicul observations, with experiments, dietetical and staticul, revis. and published from his orig. mss., by* Dr J. L. Smyth. Londres, 1788, in-4°, fig.

MONTEGIA (J. B.). *Fasciculi pathologici.* Milan, 1789, in-8°.

FRANK (J. P.). *Opuscula medici argumenti, antehac seorsim edita.* Leipzig, 1790, in-8°. — *Interpretationes clinicæ observntionum selectnrum, etc.* Pars. I. Stuttgard, 1812, in-8°, fig. — *Opuscula posthuma, ab* Josepho *filio nunc primum edita.* Vienne, 1824, in-8°, fig. (en partie rempl. par des frag. qui devaient servir à la contin. de l'*Epitome* sur les mal. nerveuses).

PASTA (Andr.). *Consulti medici.* Ed. Jos. Pasta. Bergame, 1791, in-4°. — *Dei mali senzn materia disc. med., colla giuntà di varii consulti med. inediti del medesimo.* Ibid., 1791, in-4°.

GILIBERT (J. Emm.). *Adversaria medico-practica prima, seu annotationes clinicæ, quibus præcipue naturæ medicatricis jura vindicantur, artisque priscn simplicitas numerosis pecul. observntionibus stabilitur.* Lyon, 1791,

in-8°. — *Le médecin naturaliste, ou observations de médecine et d'histoire naturelle.* Lyon et Paris, 1800, in-12.

Reil (J. Chr.). *Memorabilia clinica medico-practica.* 3 fascicules. Halle, 1790-3, in-8°.

Ferrior (J.). *Medical histories and reflexions*, t. I. Londres, 1792, in-8°, t. II. 1795, t. III, 1798. Nouvelle édit. Londres, 1810-13, in-8°, 4 vol.

Richter (Aug. Gottl.). *Medicinische und chir. Bemerkungen, etc.*, t. I. Gottingue, 1793, in-8°. Linz, 1794, in-8°, t. II, sous le titre : *Neue med. chir. Bemerk., nach dem Tode des Verf. herausg. von* G. Aug. Richter. Berlin, 1813, in-8°.

Penada (Jacq.). *Saggio d'osservazioni e memorie sopra alcuni casi singolari riscontrati nell' esercisio della med. e della anat. practica.* Padoue, 1793-1804, in-4°, 3 vol.

Frank (Jos. Sal.). *Observationes medicinales circa res gestas in clinico instituto nosocomii Vindob. ann.* 1796. Vienne, 1797, in-8°.

Heberden (Guill.). *Commentarii de morborum historia et curatione.* Londres, 1802, in-8°; et en angl. Ibid., 1802, in-8°. Ed. S. Th. Sœmmering. Francfort-sur-le-Mein, 1804, in-8°. Recueil des divers art. publ. par l'auteur.

Pujol (Alexis). *Œuvres médicales.* Castres, 1802, in-8°, 4 vol. Avec additions et notice sur l'aut., par F. G. Boisseau, sous le titre : *Œuvres de méd. prat.* Ibid., 1823, in-8°, 4 vol.

Borsieri (J. B.). *Opera posthuma, quæ ex scriptis ejusd. coll. et edid.* J. B. Berti. Vérone, 1819-21, in-8°, 3 vol. (*De pulsibus. — De morb. venereis. — De morb. cutan. non febril.*).

Plusieurs auteurs que nous avons cités à l'art. Médecine, § IX, p. 131, peuvent se rapporter à cette section.

Haller (Alb. de). *Disputationes ad morborum historiam et curationem facientes.* Lausanne, 1757-60, in-4°, 7 vol. Trad. en allem., et abrég., avec remarques, par L. Crell., sous le titre : *Sammlung akad. streitschriften, etc.*, t. I, II et III. Helmstadt, 1779-80, in-8°, contin. sous le titre : *Beyträge zur Beforderung der Geschicht und heilung der Kranken, etc.* Berlin, 1781-97, in-8°, 6 part.

Voyez aussi les recueils de *Diss.* de Webster, Schlegel, Baldinger, etc., indiqués à l'art. Médecine.

VI. XIXe *siècle.*

Pinel (Philip.). *Nosographie philosophique, ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine.* Paris, 1798, in-8°, 2 vol., 2e édit.; augm. Ibid., an XI (1802), in-8°, 3 vol. 6e édit. Ibid., 1818, in-8°, 3 vol. — *La médecine clinique, ou recueil et résultat d'observations sur les maladies aiguës à la Salpétrière.* Paris, an X (1802), 1804, 1815, in-8°.

Hufeland (Chr. Wilh.). *System der praktischen Heilkunde*, 3 theile, t. I. Iena, 1800, 2e édit. Ibid., 1818, t. II, 1e abthl. 1802. 2e édit., 1818, 2e abthl., 1805; 2e édit., 1819, in-8°. — *Lehrbuch der allgemeine Heilkunde, aus d. system d. pract. Heilk besond. abgedr.*, 2e édit. Iena, 1830, in-8°. — *Conspectus morborum secundum ordines naturales, adj.*

characteribus specificis diagnosticis, seu signis pathognomonicis. Berlin, 1819, in-8°. Edit. auct. Ibid., 1831, in-8°. — *Enchiridium medicum, oder Anleitung zur medizi nische Praxis.* Berlin, 1836, 1837, in-8°. Trad. en fr., par J. Jourdan, sous le titre : *Manuel de méd. pratique.* Paris, 1839, in-8°.

THOMAS (Robert). *The modern practice of physic.* Londres, 1802, 1816, in-8°, 2 vol. — *With an appendix of* ed. Miller. New-York, 1811, in-8°. — *The 4th edit. American, from the 5th. London edit. with an appendix, by* Dav. Hosack. Ibid., 1817, in-8°. 10ᵉ *edit. revis. and consid. enlarged.* Ibid., 183 , in 8°. Un seul volume traduit en français par Hipp. Cloquet. Paris, 1818, in-8°, 2 vol.

VITET (Louis). *Médecine expectante.* Lyon, 1803. in-8°, 6 vol.

HECKER (Aug. Fréd.). *Kunst, die Krankheiten der Menschen zu heilen,* theil I, II. (*Historique des théories médicales; exposé des fièvres, des phlegmasies, des affect. catarrh et rhumat., des maladies chron.*) Erfurt, 1804, 5ᵉ édit., par J. J. Bernhardi. Gotha, 1818, theil III, IV (moyens curatifs). Erfurt, 1814, 3ᵉ édit. revue et augm. des nouvelles découv., par J.-J. B. Gotha, 1829-30, in-8°, th. V (prophylactique). 1820, in-8°.

HENKE (Ad. Chr. Henr.). *Handbuch der Pathologie.* Berlin, 1806 8, in-8°, 3 vol. (Le premier volume est consacré à la path. génér.).

DREYSSIG (Guill. Fréd.). *Handbuch der Pathologie des chronischen Krankheiten.* Leipzig, 1797-9, in-8°, 2 vol. — *Handbuch der medicinischen Diagnostik.* Erfurt, 1801-3, in 8°, 2 vol. Le premier volume a été trad. avec add., par Renauldin. Paris, 1806, in-8°.

ROESCHLAUB (Andr.). *Lehrbuch der besondern Nosologie, Jatreusiologie und Jaterie.* Francfort-sur-le-Mein, 1807-10, in-8°, t. I, en 3 part.

SCHWEDIANER ou SWEDIAUR (Fr. Xav.). Ἰατρικη, *seu novæ medicinæ rationalis systema.* Halle, 1812, 2 tomes en 3 parties.

MARKUS (Ad. Fr.). *Entwurf einer specialen Therapie.* Part. I, II, et pars III, sect. I. Nuremberg, 1807-12, in-8°.

ODIER (Louis). *Manuel de médecine pratique.* Genève, 1810, 1811, 1821, in-8°.

HAHNEMANN (Sam.). *Organon der Heilkunst.* Dresde, 1810, in-8°, 5ᵉ édit. Ibid., 1833, in-8°. Trad. par A.-J.-L. Jourdan, sous ce titre : *Exposition de la doctrine médicale homéopathique, ou organon de l'art de guérir, accomp. de fragm. des autres ouvrages de l'auteur, et suivie d'une pharmacopée homéopathique. Nouvelle traduction sur la* 4ᵉ *édit.* Paris, 1832, in-8°.

CONRADI (J. Wilh. Henr.). *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie,* 3ᵉ édit Marbourg, 1811, 1828-31, in-8°, 2 vol. (Le premier volume. 4ᵉ édit.; le deuxième, 3ᵉ édit.)

RICHTER (Aug. Gottl.). *Die specielle Therapie herausgegeben von* G.-T. Aug. Richter. Berlin, 1813-36, in-8°, 12 vol. — Les t. I, II (malad. aiguës), et III — VIII (malad. chron.), ont eu trois édit.. mais sans changemens. 1813-26. — Le t. IX (table et littérature), 2ᵉ édit. revue. 1829; — t. X, ou premier volume suppl., composé, ainsi que les suivans, par G. Aug. Richter. (*Découvertes, observ. et recherches nouvelles de méd. prat.*) 2ᵉ édit., aug., 1828; — t. XI, ou deuxième volume suppl. (*Remarques sur l'anath. path., fièvre nerveuse, delirium tremens, de la percussion et de l'auscultation, maladies des organes respiratoires*), 1831; — t. XII, ou 1ʳᵉ section du 3ᵉ vol. suppl. (du choléra oriental), 1836,

—Les t. I, II (malad. aiguës) ont été trad. en lat., par Fr. G. Wallroth : *Therapia specialis, etc.* Berlin, 1818-20, in-8°, 2 vol. — G. Aug. Richter a publié un abrégé de l'ouvrage de son père, sous ce titre : *Die specielle Therapie... Auszug aus d. grossen Werke.* Berlin, 1822-24, in-8°, 4 vol. Le premier volume comprend les maladies aiguës, les trois autres les maladies chron.

FRANK (Joseph). *Praxeos medicæ universæ præcepta*, 3 parties divisées par volumes et par sections de volume. Leipzig, 1811-35, in-8°, 12 tomes ou sections. Diverses sections ont été simplement réimpr., d'autres ont eu une 2e édit. avec corr. et modifications. Pars I, vol. 1, sect. I. (*Hist. et liter. med. pract., stud. clin., doctr. febr. interm.*) 2e édit., 1826, sect. II. (*Doctr. febr. contin.; morb. cutis in gener.; peticul., miliur., bullar., urtic., erysip., furunc., anthr. et carb.*) 2e édit., 1826. Pars I, vol. 11, sect. I. (*Doctr. pestis et ephem. sudut. angl.*) 2e édit., 1827. Sect. II. (*Doctr. tiphi et febr. flavæ.*) 1828. Pars I, vol. 3, sect. I. (*Doctr. scarlat., morbill., rubeol., variol., varic., vur. trunc. zoster., exanth. mercur.*) 1829. Sect. II. (*De morb. cutis chron.*) 1829. Pars II, vol. 1, sect. I. (*De morb. syst. nerv. in genere, et de iis enceph. inspec.*) 1818, 1832. Sect. II. (*Morb. colum. verteb., singul. nervor., ocul., aur., nar.*) 1821. Pars II, vol. 2, sect. I. (*Morb. laryng., trach., thyreod., thorac., pleur., mediast., thym., et pulm.*) 1823. Sect. II. (*Morb. diaphr., pericard., cord., arter. ven., animi deliq.*) 1824. Pars III, vol. 1, sect. I. (*Morb. cav. oris.*) 1830. Sect. II. (*Morb. phar., æsoph., et ventric.*) 1835 (non terminé). — Les diverses sections du *Praxeos, etc.*, ont été réimpr. avec le titre inexact de 2e édit., à Turin, 1821-2, in-8°.

ALIBERT (J. L.). *Nosologie naturelle, ou les maladies du corps humain distribuées par familles*, t. I. Paris, 1816, gr.-in-4° sur papier vélin, et fig. color.

RAIMANN (J. Nep. Edl. de). *Handbuch. der speciellen medicinischen Pathologie und Therapie.* Vienne, 1816-17, in-8°, 2 vol. 4e édit. Ibid., 1831, in-8°, 2 vol. Édit. latina : *Principia pathologicæ ac therapiæ specialis medicæ, usui Acad. adcommodatu.* Vienne, 1835, in-8°, 2 vol.

HARLESS (J. Chr. Fred.). *Handbuch der ärztlichen Klinik.* Leipzig et Coblentz, 1817-26, in-8°, 3 vol. (Le premier est consacré aux généralités de la path.)

TOURDES (J.). *Esquisse d'un système de nosologie, fondé sur la physiologie et la thérapeutique.* Strasbourg, 1802, in-8°.

DAVIDGE (J. B.). *Nosologia methodica : classium et generum, et specierum et varietatum series morborum exhibens.* Edit. 2a. Baltimore, 1813, in-8°.

DREYSSIG (Guill. Fréd.). *Handwörterbuch der medicinischen Klinik, oder der praktischen Arzneykunde, etc.* Erfurt, 1806-20, in-8°, t. I; t. II, p. I et II; t. III, p. I et II; t. IV, p. I; t. IV, p. II (Fieberlebre). Ibid., 1824, in-8°. Cette partie a été faite par J.-H.-G. Schlegel. L'ouvrage n'a pas été continué.

KREYSIG (Fréd. Louis). *System der praktischen Heilkunde*, t. I, *Heilgrundsätze.* Part. I et II. *Angewandte oder prakt.*, *Krankheitslehre.* — Et sous le titre : *Handbuch d. prakt. Krankheitslehre*, pars I et pars II, 1re sect. Leipzig, 1818-9, in-8°.

YPEY (Adolphe). *Elementorum medicinæ practicæ*, t. I, II. Leyde, 1818-26, in-8°. 2 tomes en 4 parties.

BARZELOTTI (J.). *Epitome di medicina pratica razionale.* Pise, 1820, in-8°, 2 vol.

Good (John Mason). *The study of medicine.* Londres, 1822, in-8°, 4 vol. 4e édit., by Sam. Cooper. Ibid., 1834, in-8°, 4 vol. — *A physiological system of nosology, with a corrected and simplified nomenclature.* Londres, 1817, 1822, in-8°.

Hildenbrand (Jean Valentin de). *Institutiones practico-medicæ, pyretologiam complectentes; quas cont. ac usui Acad. adcommod. filius* Fr. ab Hisdenbrand. Vienne, 1822-25-33, in-8°, 4 tomi. (Les t. I et II avaient eu une 1re édit., 1817-25). — *Ratio medendi in schola practica Vindobonensi.* Vienne, 1804-9, in-8°, 2 vol. Trad. en fr. par Gauthier. Paris, 1824, in-8°, 2 vol.

Andral (G.). *Clinique médicale, ou choix d'observations recueillies à l'hôpital de la Charité,* t. I (fièvres). Paris, 1823, in-8°; t. II et III (maladies de poitrine). Ibid., 1824-6; t. IV (maladies de l'abdomen). Ibid., 1827.—2e édit., rev., corr. et augm. Le volume des fièvres de la 1re édit. a été refondu dans ceux consacrés aux maladies de l'abdom. et aux maladies des centres nerveux; t. I et II (mal. de poitr.). Ibid., 1829, in-8°; t. III et IV (mal. de l'abd.). 1830-1; t. V (maladies de l'encéphale). 1833, in-8°. 3e édit., revue et modif. dans la section des maladies de l'abdomen. Ibid., 183 , in-8°, 5 vol. 4e édit. Ibid., 1840, in-8°, 5 vol. — *Cours de pathologie interne, professé à la Fac. de méd. de Paris, rec. et réd.* par A. Latour. Paris, 1836, in-8°, 3 vol.

Puchelt (F. A. B.). *Das system der medicin, im Umrisse dargestellt, etc.* 2 theile. 1er thl. *Die allgem. Gesundheits, Krankheits-und Heilungslehre.* Heidelberg, 1825. 2e édit., 1835, in-8°, 2 thl. — *Umriss der besondern Krankheits-und heilungslehre.* Ibid., 1827-31, in-8°, 4 vol.

Leroux (J. J.). *Cours sur les généralités de la médecine pratique, et sur la philosophie de la médecine.* Paris, 1825, in-8°, 8 vol.

Roche et Sanson. *Nouveaux élémens de pathologie médico-chirurgicales, ou Traité théorique et prat. de méd. et de chir.* Paris, 1825-8, in-8°. 3 vol. Le t. III, en 2 part. Ibid., 183 , in-8°, 4 vol. Ibid., 1833, in-8°, 5 vol.

Rostan (Léon). *Traité élémentaire de diagnostic, de pronostic, d'indications thérapeutiques, ou Cours de médecine clinique.* Paris, 1826-8, in-8°, 3 vol., 2e édit., Ibid., 1830, in-8°, 3 vol.

Barbier (J. B. Q.). *Précis de nosologie et de thérapeutique,* t. I et II. Paris, 1827, in-8° (non terminé).

Berends (C. A. W.). *Vorlesungen über praktische Arzneiwiesenschaft,* et sous le titre : *Handbuch der praktisch. Arznewissenschaft, oder die speciellen Pathologie und Therapie, nach Vorles. B. bearb. und mit Ergänz, und supplem. Herausg. von* Karl Sundelin. Berlin, 1827-9, in-8°, 9 vol. 2e édit., par J. C. Albers. Ibid., 1835. (Les trois premiers volumes seulement.)

Mackintosh (John). *Elements of the pathology and practice of physic.* Edimbourg, 1828-30, in-8°, 2 vol.

Boisseau (F. G.). *Nosographie organique, ou Traité complet de médecine pratique.* Paris, 1828-30, in-8°, 4 vol.

Nasse (Ch. Fréd.). *Handbuch der speciellen Therapie,* t. I et t. II, 1re sect. Leipzig, 1830, in-8°.

Bene (Fr.). *Elementa medicinæ practicæ. E prælectionibus illius publicis editæ per* Fr. Bene jun. Pesth., 1833-4, 5 vol. in-8°.

Neumann (Ch. Geo.). *Von den Krankheinten des Menschen. Allgem.*

theil, oder allgem. Pathol. Berlin, 1829, in-8°. — *Specieller Theil, oder Specielle path. and Therapie*, t. I (fieberhaft. Krankhtn.). Ibid., 1832, in-8°. 2ᵉ édit., 1836; t. II (chronisch. Krankhtn.). 1832, 1837; t. III (topisch. Krankhtn.). 1834, t. IV (Krankhtn. der sensiblen sphäre). 1834.

NAUMANN (Mor. Ern. Ad.). *Handbuch des medicinischen Klinik.* Berlin, 1829-39, in-8°, 8 tomes en 11 vol. Les t. III, IV et VIII ont chacun 2 parties ou 2 vol. (non terminé).

GENDRIN (A. N.). *Traité philosophique de médecine pratique*, t. I et II. Paris, 1838, in-8°, 2 vol. (non terminé).

MARTINET (L.). *Manuel de clinique.* Paris, 1825, in-18. 3ᵉ édit. Ibid., 1837, in-18. — *Manuel de thérapeutique médicale*, Ibid., 182 , in-12. 2ᵉ édit., augm., sous le titre : *Traité élém. de thér. méd.* Ibid., 1835, in-8°.

GRIFFA (Mich.). *Epitome institutionum medicinæ theoretico-practicæ.* Fasc. III. Turin, 1836, in-8°.

BRIGHT et ADDISSON. *Elements of practice of medicine.* T. I. Londres, 1839, in-8°.

CRAIGIE (David). *Elements of practical medicine.* Londres, 1840, in-8°, 2 vol.

A system of pratical medicine comprising in a feriex of original dissertations, arranged and edited by Alex. Tweedie. Londres, 1840, in-8°, 5 vol. (Cet ouvrage fait partie d'une *Bibliothèque médicale*. Les auteurs des articles qui composent la méd. pratique, sont : W. P. Alison, J. H. Benett, G. Budd, W. Budd, G. Burrows, R. Chriftison, W. B. Carpenter, R. Fergusson, G. Gregory, J. Hope, W. Bruce Joy, Ch. Locock, J. C. Pricbard, R. Rowland, H. E. Schedel, Th. Shapter, J. A. Symonds, R. H. Symonds, R. H. Taylor, Th. Thomson, W. Thomson, Th. Watson, C. J. B. Willams.

FORBES, TWEEDIE, et CONOLLY. *The cyclopædia of practical medicine.* Londres, 1833-5, gr. in-8° sur deux colonnes, 4 vol.

COPLAND (John). *A dictionary of practical medicine.* Londres, 1834-41, in-8° sur deux colonnes.

DE LA BERGE (Louis), MONNERET (Ed.), et FLEURY (Louis). *Compendium de médecine pratique, ou exposé analytique et raisonné des travaux contenus dans les principaux traités de pathologie interne.* Paris, 1836-41, gr. in-8° sur deux colonnes, 4 vol. (L'ouvrage aura 6 volumes.)

Encyclopédie méthodique. Médecine. Paris, 1787-1830, in-4°, 13 vol., et table.

Mémoires, observations. Mélanges.

PORTAL (Ant.). *Mémoires sur la nature et le traitement de plusieurs maladies, etc.* Paris, 1800-25, 5 vol. in-8°.

FRANK (Joseph). *Ratio instituti clinici ticiniensis a mense januario usque ad finem ann.* 1795, *quam redd. præf.* J. P. Frank. Vienne, 1797, in-8°. — *Acta instituti clinici cæs. Universitatis Vilnensis.* VI anni. Leipzig, 1808-12, in-8°, 3 fasc.

BRERA (Val. Louis). *Annotazioni medico-pratiche sulle diverse malatie tratate nella clinica medica dell' Università di Pavia.* Venise, 1799, in-8°, 2 vol.; 2ᵉ édit. augm. Crémone, 1806-7, in-4°, 2 vol. — *Rapporto de' resultati ottenuti nella clinica medica dell' Università di Padova.* Ann. 1-4. Padoue, 1809-13, in-4°. — *Memorie medico-cliniche.* Padoue, 1816, in-8°.

HENNING (J. G. Fréd.). *Beytrage zur praktischen Arzneykunde.* Gotha,

1802-4, in-8°, 2 vol. — *Kleine medic. Abhandlungen, etc.* Stendal, 1812, in-8°.

PROST (P. A.). *Médecine éclairée par l'observation et l'ouverture des corps.* Paris, 1804, in-8°, 2 vol.

DESESSARTS (J. C.). *Recueil de discours, mém. et observations de méd. clinique.* Paris, 1811, in-8°.

DUMAS (Ch.-L.). *Doctrine générale des maladies chroniques, pour servir de fondement à la connaissance théor. et prat. de ces maladies.* Montpellier, 1812, in-8°, 2e édit., avec différ. prélim. et notes par Rouzet, et *supplém. sur l'application de l'anat. à la méd. prat.*, par F. Bérard, et éloge de Dumas par Prunelle. Paris et Montpellier, 1824, in-8°, 2 vol.

FRANK (Louis). *Collection d'opuscules de médecine pratique.* Paris, 1812, in-8°.

MATTHEIS (Jos. de). *Ratio instituti clinici Romani.* Rome, 1816, in 4°.

VATTS (J.), MOTT (Val.), et STEVENS (Al. H.). *The medical and surgical register consisting, chiefly of cases in the New-York hospital.* New-York, 1818-9, in-8°, 2 vol.

DUNCAN (Andr.). *Reports of the practice in the clinical wards of the roy. infirmary of Edinbourg.* Londres, 1819, in-8°.

SCHMIDTMANN (L. J.). *Summa observationum medicarum ex praxi clinica trigenta ann. deprompt.* Berlin, 1819-31, in-8°, 4 vol.

BARTHEZ (Paul. Jos.). *Consultations de médecine.* Paris, 1810, in-8°, 2 vol. — *Consultations de méd.*, publ. par Lordat. Paris, 1820, in-8°.

PALETTA (J. B.). *Exercitutiones pathologicæ.* Part. I et II. Milan, 1820-6. in-4°, fig.

BAILLIE (Matth.) *Lectures and observations on medicine* (ouvr. posth.). Londres, 1835, in-8°.

TOMMASINI (Giacomo). *Dissertazioni ed altri scritti relativi alle nuova dottrina med. italiana*, t. I-V. Bologne, 1821-6, in-8°.

TACHERON (C. F.). *Recherches anatomico-pathol. sur la méd. prat., ou recueil d'observ. sur les maladies aiguës et chron., etc.* Paris, 1823, in-8°, 3 vol.

HILDENBRAND (Franç. de). *Annales scholæ clinicæ medicæ Ticinensis.* P. I. Pavie, 1826, in-8°.

SCHROEDER VAN DER KOLK (J. L. C.). *Observationes anat.-pathologici et practici argumenti.* Fasc. I. Amsterdam, 1826, in-8°, fig.

LOUIS (P. Ch. A.). *Mémoires, ou Recherches anatomico-pathol. sur diverses maladies.* Paris, 1826, in-8°.

ARMSTRONG (John). *Memoir. of the life and med. opinions of* J. Armstrong, etc., *by* Fr. Boott. Londres, 1833-4, in-8°, 2 vol. — *Lectures on the morbid. anatomy, nature and treatment of acute and chronic diseases, etc. Edit. by* Jos. Rix. Londres, 1834, in-8°.

GINTRAC (Élie). *Mémoires et observations de médecine clinique et d'anatomie pathol.* Bordeaux, 1830, in-8°, fig.

HUFELAND (C. W.). *Neue Auswahl medicinischer Schriften.* Berlin, 1834, in-8°.

PIORRY (P. A.). *Clinique médicale de l'hôpital de la Pitié, et de l'hosp. de la Salpêtrière en* 1832. Paris, 1833, in-8°. (Compte-rendu clin. et mém. path. divers.)

BOUILLAUD (J.). *Clinique médicale de la Charité, ou exposition statistique des diverses maladies traitées à la clinique de cet hôpital.* Paris, 1837, in-8°, 3 vol.

JACKSON (James). *A memoir, with extracts from his letters, an medical cases.* Boston, 1835, in-8°.

§ II. *Considérations générales. — Histoire. — Littérature.*

ZIMMERMANN (J. George). *Von der Erfahrung in der Arzneykunst.* Zurich, 1763-7, in-8°, 2 theil. Ibid., 1787, in-8°. Ibid., 1831, in-8°. Trad. en fr. par Lefèvre de Villebrune, sous le titre : *De l'expérience en général et en particulier dans l'art de guérir.* Paris, 1774, in-12, 3 vol. Nouvelle édit. augm. de la vie de l'auteur, par Tissot. Paris, 1817, in-8°, 2 vol.

MOSCATI (P.). *De l'emploi des systèmes dans la médecine pratique. Disc. inaug.* Trad. de l'italien par Ch. Sultzer. Strasbourg, an VIII (1800), in-8°. Trad. en latin, par Al. Careno. Leipzig, 1801, in-8°.

BAYLE (Gasp. Laur.). *Considérations sur la nosologie, la médecine d'observation, et la médecine pratique, etc.* Thèse. Paris, an X (1801), in-8°.

BOUILLAUD. — GAUTHIER DE CLAUBRY. — GENDRIN. — LOUIS. — PIORRY. — ROCHOUX. *Diss. sur les généralités de la médecine clinique.* Thèses pour la chaire de méd. clin. à la Fac. de méd. de Paris. Paris, 1831, in-4°.

BOUILLAUD (J.). *Essai sur la philosophie médicale, et sur les généralités de la clinique médicale, précédé d'un résumé philosophique des principaux progrès de la médecine; etc.* Paris, 1836, in-8°.

LOUIS. *De l'examen des malades et de la recherche des faits généraux.* Dans Mém. de la Soc. méd. d'observation. Paris, 1836.

LORDAT (J.). *De la perpétuité de la médecine, ou de l'identité des principes fondamentaux de cette science, depuis son établissement jusqu'à présent.* (*Leçons de physiol. extr. du cours, etc.*). Paris et Montpellier, 1837, in-8°.

GRUNER (Chr. Godefr.). *Morborum antiquitates, etc.* Breslau, 1774, in-8°. — *Nosologiæ historicæ specim.* I IX *progr.* Iéna, 1794-5, in-4°. — *Nosologia historica ex monumentis medii ævi lecta, animadversionibus historicis ac medicis illustrata.* Ibid., 1795, in-8°.

HEBENSTREIT (J. Ern.). *Palæologia therapiæ, qua veterum de morbis curandis placita potiora, recentiorum sententiis æquantur; acc. ejusdem ordo morborum causesalis... junct. edid., etc.* D. Chr. God Gruner. Halle, 1779, in-8°.

BORDEU (Theoph. de). *Recherches sur quelques points de l'histoire de la médecine, etc.* Liége (Paris), 1764, in-12. 2 vol.; et *Œuvr. compl.*

CABANIS (P.-J. G.). *Coup d'œil sur la révolution et sur la reforme de la medecine.* Paris, an XII (1804), in-8°.

MAHON (P. A. O.). *Histoire de la médecine clinique*, ouvr. posthume. Edit. par R. Lamauve. Paris, an XII (1804), in-8°.

HALLER (Alb. de). *Bibliotheca medicinæ practicæ qua scripta ad partem med. practicam facientia a rerum initiis recens.* Bâle, t. I, ad ann. 1533. Berne et Bâle, 1776, in-4°; t. II, ad ann. 1647. Ibid., 1777; t. III, ad ann. 1685. Edit. F.-L. Tribolet. Ibid., 1779; t. IV, ad ann. 1707. *Ex auctor. schedis rest., auxit et edit.* Joach. Dietr. Brandes. Ibid., 1788, in-4°. R. D.

PAUPIÈRES. — Les paupières sont deux replis membraneux et mobiles, placés au devant du globe de l'œil, au-dessous des sourcils, au-dessus des joues, entre le nez et les tempes. Elles sont doubles à chaque œil, distinguées en supérieure et inférieure, et se réunissent vers les deux angles de l'orbite, en formant une commissure externe et une commissure interne; aplaties d'avant en arrière, elles se recourbent dans le même sens, et sont à peu près demi-circulaires.

§ I. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DES PAUPIÈRES. — La paupière supérieure présente beaucoup plus d'étendue en hauteur que la paupière inférieure: elle est aussi beaucoup plus mobile. On distingue à chacune d'elles une face cutanée, une face oculaire, un bord adhérent, un bord libre, et deux extrémités qui forment les commissures externe et interne. Leur face cutanée présente des rides transversales plus nombreuses et plus prononcées chez les vieillards que chez les enfans, et visibles surtout quand les yeux sont ouverts. La face oculaire est tapissée par la conjonctive, lubréfiée par les larmes, et en contact avec le globe de l'œil.

Depuis Sœmmering, on admettait que les bords libres de chaque paupière sont taillés en biseau aux dépens de la lèvre interne, et que, de leur jonction dans l'occlusion de l'œil, il résulte un canal triangulaire propre à favoriser le cours des larmes. M. Magendie, niant l'existence de ce prétendu canal, a soutenu que ces bords libres sont coupés directement. La vérité est que la paupière inférieure n'offre aucun biseau, et que la supérieure n'en présente qu'un très léger. Sur ces bords libres, on trouve, du côté de la peau, et implantés dans son épaisseur, des cils plus abondans et plus longs à la paupière supérieure qu'à l'inférieure, plus nombreux aussi vers la commissure externe que vers l'interne, où ils manquent tout à fait. C'est encore sur le bord libre, mais à sa lèvre interne, qu'existent les ouvertures des follicules de Meïbomius dont l'humeur sébacée forme en se concrétant ce qu'on nomme la *chassie*. Enfin, dans l'angle interne de l'œil, se voient, sur le bord libre, les deux *points lacrymaux*, dont le supérieur regarde en bas et en arrière, l'inférieur en arrière et en haut; le premier est un peu en dehors par rapport au second, en sorte qu'ils ne se touchent point dans l'occlusion des paupières.

Diverses parties entrent dans la composition de ces replis membraneux : le cartilage *tarse*, placé dans leur épaisseur; la peau située à la surface externe, plus mince là que partout ailleurs, et constamment dépourvue de graisse; la membrane muqueuse nommée conjonctive, située à la face profonde ou postérieure; des muscles, une aponévrose, des vaisseaux et des nerfs. Le cartilage tarse, libre en avant, adhère, par son bord postérieur, à un feuillet fibreux ou aponévrotique, qui va se fixer au pourtour de l'orbite. Le cartilage supérieur, plus large dans son milieu qu'à ses extrémités, a un peu plus de hauteur que l'inférieur. Tous deux sont plus fermes et plus épais en dehors qu'en dedans. Par leur face antérieure, qui est lisse et convexe, ils sont en rapport avec le muscle palpébral, et leur face postérieure, sillonnée de lignes longitudinales qui correspondent aux follicules de Meibomius, est concave et tapissée par la conjonctive.

C'est dans l'épaisseur de chacun des cartilages que sont logés les follicules sécréteurs, moins voisins du plan antérieur que du postérieur, où on les aperçoit, en renversant les paupières; ils sont disposés en séries longitudinales et parallèles : ils sont au nombre de trente-cinq à quarante, et viennent s'ouvrir à la lèvre postérieure du bord libre. Chaque orifice est difficilement visible à l'œil nu, mais on peut l'apercevoir lorsque, en pressant le cartilage, on en fait sortir la matière sécrétée. Quelquefois il n'y a qu'un orifice pour deux canaux.

Il y a deux muscles aux paupières; l'un commun, qui est le *palpébral* ou orbiculaire; l'autre, propre à la paupière supérieure seulement, le *releveur*. Le premier, au lieu d'être formé de deux moitiés égales, et qui viendraient se réunir en dedans et en dehors, n'a véritablement qu'une origine à l'angle interne de l'œil, et de là va s'étaler, par des fibres elliptiques, dans les deux paupières. Cette disposition est manifeste, surtout pour les fibres les plus excentriques, et, à leur égard, il est impossible de trouver une commissure externe. Les fibres concentriques ne décrivent point une ellipse complète. Au grand angle de l'œil, le muscle s'insère au bord antérieur de la gouttière lacrymale par un tendon qui est horizontal, et croise le sac lacrymal, qu'il partage

en deux parties inégales, la supérieure étant la plus petite.

Ce tendon, par son bord postérieur, se continue avec une lame fibreuse qui descend sur le sac lacrymal, dont elle constitue la paroi. En renversant ce tendon, on voit deux petits faisceaux de fibres, l'un supérieur, l'autre inférieur, qui, insérés sur lui en dedans, vont se porter en dehors et horizontalement sur le bord libre des paupières, à la base des points lacrymaux. Ce sont ces deux faisceaux que l'on décrit sous le nom de *muscle de Horner*, et qui seraient accélérateurs du cours des larmes.

Le releveur de la paupière supérieure, fixé en arrière sur le bord supérieur de l'anneau fibreux nommé *aponévrose de Zinn*, se porte en avant entre l'œil et la voûte de l'orbite, et se termine, en s'étalant un peu, au bord supérieur du cartilage tarse.

L'aponévrose palpébrale est un fascia qui s'insère à tout le pourtour du rebord orbitaire, en se continuant au grand angle avec le tendon du muscle palpébral, et qui vient se fixer en avant au bord libre des cartilages tarses : elle offre un écartement à son milieu, qui correspond à l'ouverture des paupières.

Un tissu cellulaire très lâche existe dans les deux paupières, sur les deux faces du cartilage tarse; il est le siége des infiltrations séreuses qui constituent l'œdème et le chémosis des paupières.

Les artères sont des rameaux qui viennent de l'ophthalmique, de la faciale, de la temporale, et même de la maxillaire interne. Les veines appartiennent aux mêmes divisions. Les nerfs sont fournis par deux branches de la cinquième paire et par le nerf facial. Les lymphatiques se jettent dans les ganglions parotidiens et sous-maxillaires : ils sont très nombreux.

Ce n'est guère que de la neuvième à la dixième semaine que l'on commence à apercevoir la trace des paupières chez l'embryon. Leur apparition se fait de leur bord adhérent vers leur bord libre, par lequel elles s'accolent d'abord : elles ne s'isolent que secondairement.

Les anomalies congénitales des paupières existent presque toujours avec des anomalies du globe oculaire. Morgagni donne l'histoire d'un individu qui manquait à la fois d'un globe ocu-

laire et de paupières. Sprengel parle d'une jeune fille qui était dans le même cas pour les deux yeux. On peut admettre, avec Billard, qui cite ces deux faits (Lawrence, *Maladies des yeux*, traduct., 1830), que l'absence des paupières tient ici à une atrophie congénitale de l'œil. On a aussi rencontré une réunion congénitale des paupières ou *ankyloblépharon :* elle résulte, ou bien de la persistance d'un état fœtal, puisqu'il y a une époque ou les deux paupières sont très adhérentes chez le fœtus, ou bien d'une inflammation adhésive développée pendant la vie intra-utérine. Chez les fœtus cyclopes, il peut y avoir quatre paupières pour l'œil unique. Schoen a vu une paupière surnuméraire qui était formée par le développement de la membrane semi-lunaire qui occupe le grand angle de l'œil.

Les paupières ont pour usages de protéger le globe oculaire, de concourir à diriger les larmes dans le sac lacrymal, et à lubrifier de la sorte la surface antérieure de l'œil.

Les mouvemens des paupières ne sont pas aussi simples qu'ils paraissent l'être au premier abord ; ils sont accomplis par les deux muscles déjà décrits, l'orbiculaire et le releveur de la paupière supérieure, qui tous deux sont antagonistes dans leur action. Le premier suffit seul pour produire le rapprochement des deux paupières ; mais ce rapprochement se fait par la rencontre de leurs bords libres, et non par un froncement régulier de la circonférence au centre ; de là la différence qui existe entre l'occlusion des paupières et celle des lèvres, dont le muscle labial est un véritable sphincter, différence qui dépend, en outre, de plusieurs conditions de structure dans les paupières : d'abord leurs cartilages tarses s'opposent à un resserrement circulaire, et par la résistance de leur tissu, et par la disposition de leurs bords, qui s'appliquent l'un sur l'autre. D'autre part, la continuité circulaire des fibres charnues est interrompue au grand angle par les tendons du palpébral où viennent réellement s'implanter les deux faisceaux du muscle. Enfin, comme à l'angle externe, les fibres se continuent de l'une à l'autre paupière, il peut y avoir une légère déduction de la commissure externe vers l'interne, mouvement qui serait plus considérable s'il n'y avait pas une bride fibreuse en dehors chargée de maintenir cette commissure, et si en même

emps les cartilages tarses n'y portaient encore obstacle. Chacun peut s'assurer de ce fait par une expérience simple. Si, pendant un clignement forcé, on porte le doigt alternativement sur les deux commissures, on sent que l'interne est fixe, tandis que l'externe se déplace un peu au point d'entraîner le doigt en dedans. Il y a d'ailleurs divers degrés dans l'action du muscle palpébral, d'où résultent une occlusion simple et une occlusion forcée : dans la première, ce sont les fibres concentriques seulement du palpébral qui se contractent, et dans la seconde il y action du muscle entier. C'est surtout dans le clignement forcé que, d'après la remarque de M. Gerdy, le globe de l'œil est comprimé et refoulé en arrière dans l'orbite. Pour que l'occlusion ait lieu, il faut, en outre, que le muscle releveur de la paupière supérieure soit dans le relâchement.

Les paupières s'ouvrent également par l'effet d'une contraction et d'un relâchement. Le relâchement du muscle palpébral fait retomber un peu la paupière inférieure, et, par suite de son peu de hauteur, son bord libre est ainsi porté au-dessous de la circonférence de la cornée. Mais le même relâchement ne suffit point pour faire remonter la paupière supérieure, qui a beaucoup plus de largeur, et qui doit s'élever contre son propre poids; il fallait donc ici un muscle releveur, dont l'action est indispensable pour que le limbe supérieur de la cornée soit mis à découvert. Chez les individus affectés de *blépharoptose* par paralysie du releveur de la paupière supérieure, le globe oculaire n'est jamais complétement découvert en avant; il y a, comme on dit, chute de la paupière.

Outre ces deux espèces de mouvemens que nous venons de mentionner, et qui, supposant toujours une action, peuvent être nommés *actifs*, il y a encore dans les paupières des mouvemens *passifs*, d'un ordre tout différent, et sur lesquels M. Gerdy a le premier appelé l'attention (*Physiologie*, préface du 1er volume). Ainsi, à chaque mouvement imprimé au globe de l'œil par ses muscles, les paupières sont écartées. L'élévation de l'œil relève la paupière supérieure, son abaissement abaisse l'inférieure; et dans l'adduction ou l'abduction, le cône que représente la cornée agrandit un peu l'angle des commissures. En un mot, la courbe des bords libres des paupières

varie d'après les mouvemens de rotation du globe oculaire. Il faut ajouter encore, ainsi que M. Gerdy l'a fait remarquer, que l'action des deux muscles obliques tend à faire saillir l'œil en avant, et, par conséquent, repousse les deux paupières dans ce sens.

Tous les mouvemens actifs ont lieu sous l'influence du nerf facial: je ne répéterai pas ce qui a été dit à ce sujet à l'art. FACIAL. Quoique sous l'empire de la volonté, ils en sont quelquefois affranchis, et rentrent dans la classe des mouvemens expressifs de Ch. Bell. Le clignement lui-même, bien que ne concourant pas à l'expression, et ayant un autre but, est à peu près involontaire, ou au moins, si nous en avons ordinairement conscience, il s'exécute spontanément, soit pour étendre à la surface de l'œil une nouvelle couche de liquide, soit pour soustraire l'organe au contact des corps extérieurs ou à une lumière trop vive.

Pendant le sommeil, les muscles volontaires sont généralement dans le relâchement. Cependant le palpébral est alors contracté, car les deux paupières sont en contact l'une avec l'autre, et il ne saurait en être ainsi sans une action du muscle, car si elle cesse d'exister, comme on le voit daus la syncope, ou au moment de l'agonie, il y a toujours un intervalle assez considérable eutre leurs bords libres. Ajoutons que cette contraction est permanente et persiste ainsi un temps considérable, sans fatigue et sans alternative de relâchement. C'est un phénomène digne de remarque, et dont il est difficile de donner une explication complétement satisfaisante.

Nous avons dit que les paupières concourent à diriger les larmes dans le sac lacrymal. Sans admettre l'existence du canal triangulaire, qui serait formé par le rapprochement des deux bords palpébraux, et dans lequel les larmes couleraient de l'angle externe au grand angle de l'œil, et, d'ailleurs, quel que soit le mécanisme que l'on admette pour expliquer le cours de ce liquide, il est incontestable que les mouvemens des paupières y contribuent. La supérieure, en s'abaissant, porte le liquide vers la partie inférieure de la surface de l'œil, et ici, rencontrant le bord libre de la paupière inférieure, les larmes n'ont plus qu'à suivre ce bord. Or, la commissure externe étant un peu plus élevée que l'interne, le liquide tend à couler plutôt en dedans qu'en dehors; en outre, la

contraction des fibres du muscle palpébral se faisant de l'angle externe à l'angle interne de l'œil, tend encore à diriger les liquides vers ce dernier point. L'enduit muqueux qui humecte chaque bord libre s'oppose aussi jusqu'à un certain point à la chute des larmes sur la joue, excepté dans le cas où la sécrétion des larmes est très abondante.

Ce résultat de l'action des paupières est en partie dû à une contraction brusque du muscle palpébral, que l'on désigne sous le nom de *clignement*. C'est aussi ce clignement qui étend à la surface de l'œil une légère couche du liquide que sécrète la conjonctive, qui empêche le desséchement de la partie antérieure du globe oculaire. Le mouvement, si simple en apparence, de cligner, résulte de l'action de trois nerfs différens, ainsi que l'a fait remarquer M. Bérard. Il y a d'abord perception d'une sorte de besoin de cligner, à la suite de l'irritation de la conjonctive, et c'est la cinquième paire qui transmet l'irritation; puis relâchement et contraction simultanés des muscles releveur de la paupière supérieure et palpébral, dont le premier reçoit son nerf de l'oculo-moteur commun, le second du facial.

Enfin, les cils implantés sur le bord libre de chaque paupière ont pour usages de modérer l'impression qu'une lumière trop vive peut produire sur l'œil, et de préserver cet organe du contact des corps étrangers suspendus dans l'air.

OLLIVIER.

§ II. MALADIES DES PAUPIÈRES — Composées de tissu cutané, de tissu muqueux, de tissu cellulaire, de tissu charnu, de vaisseaux, de nerfs, de tissu fibreux et cartilagineux, garnies de follicules, de poils, de glandules particuliers, les paupières sont naturellement exposées à toutes les maladies qui peuvent affecter, dans les autres régions du corps, les systèmes anatomiques dont je viens de rappeler le nom, outre qu'elles sont encore sujettes à des lésions spéciales, qui dépendent ou de leur forme, ou de l'arrangement de quelques-uns des matériaux qui entrent dans leur texture. J'aurai, par conséquent, à m'occuper, dans cet article, de deux classes de lésions : l'une, qui comprend les maladies communes; l'autre, qui renferme les maladies particulières à ces organes. La première classe, qui comprend les contusions, les plaies, l'emphysème, les inflam-

mations, les abcès, l'œdème, les brûlures, le charbon, conduirait à des répétitions fastidieuses de ce qui a été dit dans d'autres articles, si je voulais en traiter longuement; il n'en sera donc question qu'en ce qu'elle peut avoir de spécial aux paupières proprement dites.

Contusions. — On devine déjà, par ce que j'en ai dit à l'article ORBITE, que les contusions se présentent sous plusieurs formes dans l'épaisseur des paupières; qu'elles y sont tantôt accompagnées d'ecchymoses diffuses ou circonscrites, tantôt sans boursouflement, tantôt compliquées d'infiltration sanguine, de véritable dépôt de sang et de gonflement, de boursouflement notable. Il est bon de remarquer toutefois que les paupières, n'ayant d'autre appui que le globe de l'œil en arrière, sont rarement atteintes de contusions en elles-mêmes, et que les ecchymoses ou les épanchemens de sang dont elles sont assez souvent le siége viennent presque toujours de la contusion ou de la blessure de quelques parties voisines. Ceci conduit même à se demander, quand on observe une ecchymose des paupières, si le mal est réellement idiopathique plutôt que symptomatique. Lorsqu'il existe une plaie sur le contour de l'orbite, ou qu'une violence extérieure a porté sur le visage, le diagnostic ne présente aucune difficulté. Dans le cas contraire, et à part quelques exemples rares d'ecchymoses palpébrales spontanées, les infiltrations sanguines des paupières indiquent ou une fracture par cause indirecte de la base du crâne, ou bien un coup de poing sur la base ou le devant de l'œil. J'ai dit à quels caractères on distingue l'ecchymose suite de fracture en traitant des maladies de l'orbite. Celles qui résultent d'un coup de poing, les seules à peu près qui se rapportent à la contusion directe, existent, lorsque rien ne les complique, dans toute la largeur des deux paupières : il ne s'y adjoint, en général, que peu de gonflement. En y réfléchissant, on ne tarde pas à se convaincre que le poing, porté sur le devant de l'œil, peut à peu près seul occasionner cette forme d'ecchymose, attendu que rien, dans les violences extérieures, n'est de nature à se mouler aussi bien, tout en offrant autant d'inégalités, sur la base de la cavité qu'abritent les paupières. Aussi m'est-il arrivé souvent, à l'hôpital, d'obtenir des malades qui s'obstinaient à me cacher la vérité l'aveu de ce qui leur était survenu sous ce rapport, par

l'assurance avec laquelle, fondé sur cet aspect de l'œil, je leur indiquais, malgré leur dénégation, l'origine de leur accident.

Du reste, cette forme de contusion, vulgairement connue sous le nom de *pochade*, n'est presque jamais une lésion sérieuse. Son inconvénient principal est de maintenir dans la peau une teinte noire, livide, fort désagréable, pendant huit à quinze jours. Le temps seul en ferait justice; mais on en accélère la résolution à l'aide de compresses imbibées d'eau froide, ou d'eau de Saturne, ou d'eau-de-vie camphrée, ou de solution soit aqueuse, soit vineuse, de sel ammoniac, ou bien encore tout simplement d'eau fortement salée. Est-il besoin d'ajouter que les dépôts sanguins, que les contusions compliquées d'inflammation, exigeraient là, comme partout, les émissions sanguines, soit générales, soit locales, des topiques émolliens, et l'incision des foyers en suppuration, s'ils tardaient trop à se dissiper.

Plaies. — Si les plaies des paupières, soit par instrument piquant, soit par instrument contondant, existent sans complication, elles n'ont rien qui puisse nous arrêter en ce moment. Les plaies par instrument tranchant, au contraire, ont besoin d'être surveillées, quand elles comprennent toute l'épaisseur de la paupière, et qu'elles en intéressent le bord libre. Dirigées en travers, elles n'entraînent aucun inconvénient spécial, si elles ne sont pas accompagnées de déperdition de substance, quand même elles traverseraient l'organe de part en part. On conçoit qu'il n'en serait plus de même si une certaine étendue, soit de la peau, soit de la conjonctive, soit de toute l'épaisseur de la paupière, avait été détruite du même coup; alors, en effet, le malade serait menacé de voir les cils se renverser, soit en dedans, soit en dehors, ou le bord libre de la paupière qui les supporte remonter du côté du front pendant la cicatrisation. Heureusement que c'est là un genre de blessure rare, car il serait difficile d'en empêcher les conséquences.

Les plaies qui comprennent le bord libre des paupières dans toute son épaisseur sont obliques ou verticales. Lorsqu'elles appartiennent à la seconde espèce, il en résulte un écartement considérable, si toute la hauteur du cartilage tarse a été divisée; une très petite échancrure dans le cas contraire. Si on n'y remédie pas sur-le-champ, le malade est affecté d'une difformité connue sous le nom de *coloboma* des paupières

et sur laquelle je reviendrai plus tard. Il importe donc de tout faire pour obtenir la réunion immédiate ou par première intention de pareilles blessures. Pour cela, il faut, sans hésiter, en pratiquer sur-le-champ la suture, soit simple, soit entortillée, en ayant soin que l'un des points de cette suture soit très rapproché des cils, et d'en mettre un autre entre celui-ci et le sommet de la division. Si, à l'instar de quelques oculistes qui redoutent encore les piqûres du cartilage tarse, on ne portait l'aiguille qu'à travers la peau, on s'exposerait d'abord à ne pas obtenir la réunion qu'on cherche, puis à laisser en arrière une rigole qu'il importe d'empêcher : ainsi la suture doit être pratiquée là d'après les mêmes principes que pour le bec-de-lièvre.

Lorsque la plaie est dirigée obliquement, elle exige encore plus de précaution ; car, si on l'abandonnait à elle-même, l'une de ses lèvres, terminée en pointe, se rétracterait vers sa base, sous forme d'un tubercule inégal, ou bien se laisserait entraîner vers le front, tandis que son autre lèvre se retirerait en sens opposé. Chez un jeune homme qui avait été ainsi blessé d'un coup de couteau, j'ai vu toute la paupière supérieure si singulièrement déformée, qu'il était presqu'impossible d'y rien reconnaître ; je fus obligé de la déplisser, de l'élargir à coups de ciseaux et de la reconstruire en quelque sorte avant d'en remettre les bords, préablement rafraîchis, en contact, et de les fixer par trois points de suture simple.

Emphysème. — On observe assez souvent dans les paupières un emphysème sans qu'il y ait plaie ni inflammation, ni la moindre trace de gangrène dans les environs. Cet emphysème, que M. Weller attribue à une rupture des conduits lacrymaux, et dont cet auteur a vu un exemple provoqué par un violent éternument chez une jeune femme, n'avait point été signalé en France avant Dupuytren. On sait aujourd'hui qu'il dépend tantôt de l'accident indiqué par Weller, tantôt d'une fracture soit des sinus frontaux, soit de l'os hyoïde, soit des os du nez, soit de l'os ethmoïde, soit de l'os maxillaire supérieur. En effet, lorsqu'il existe une fracture de la paroi externe des fosses nasales avec déchirure de la membrane de Schneider, l'air s'infiltre, pendant la toux, l'éternument, l'action de se moucher, par la fissure, arrive sans peine du côté de l'orbite, et dans l'épaisseur des paupières. M. Blandin a même vu cet

emphysème surveuir par suite de l'introduction d'une canule à fistule lacrymale dans le canal nasal. Aux observations d'emphysème palpébral qui ont été publiées par MM. Ménière, Middlemore, je pourrais en ajouter quatre ou cinq autres recueillies sur des hommes qui avaient reçu le choc plus ou moins violent, direct ou indirect, de corps extérieurs sur la racine du nez.

Au surplus, l'emphysème des paupières n'a par lui-même aucune sorte de gravité. Ne causant aucune douleur, il n'est à peu près jamais suivi d'inflammation, et on le voit à peu près sans exception se dissiper spontanément au bout d'une semaine. Des topiques résolutifs, ou quelques mouchetures avec la pointe d'une lancette y remédieraient d'ailleurs promptement, s'il menaçait de devenir considérable. Il n'a de valeur ici que comme signe diagnostique des fractures indiquées, ou de quelque éraillure des voies lacrymales.

Brûlures. — Au premier et au second degré, la brûlure des paupières n'a rien de sérieux. Comme il n'est pas toujours commode d'y maintenir des appareils, je m'en tiens, pour en débarrasser les malades, à l'usage d'un liniment formé par parties égales d'huile d'olive et d'eau de chaux, dont on graisse trois ou quatre fois le jour la surface brûlée, qui ne réclame dès lors aucun bandage. Si la brûlure comprend toute l'épaisseur de la peau ou si elle pénètre encore plus profondément, il en résulte nécessairement un ectropion, lorsque la cicatrice est terminée. S'il importe de connaître ce fait, c'est plutôt pour le pronostic, pour être à même d'en avertir les personnes intéressées, que pour le prévenir, car il est à peu près impossible de l'empêcher : nous dirons plus loin quel en est le remède. Il n'est pas de chirurgien qui n'ait eu l'occasion de voir des paupières détruites, renversées, tiraillées dans un sens ou dans l'autre par suite de brûlure, et qui ne sache à quoi s'en tenir sur ce chapitre.

Charbon. — Les affections charbonneuses des paupières reconnaissent les mêmes causes, et se montrent avec les mêmes caractères que sur les autres régions du corps; seulement elles y marchent très vite, et y gagnent facilement en surface, à cause de la laxité des tissus. Comme il importe, par-dessus tout, de mettre le globe de l'œil lui-même à l'abri du mal, on ne peut trop se hâter de borner cette maladie, d'autant mieux

qu'elle réagit promptement sur l'encéphale, qu'elle se complique bientôt de délire et des autres symptômes soit de la méningite, soit de l'encéphalite. Il n'y a guère que le fer rouge dont l'action soit ici en rapport avec la gravité de l'affection. C'est donc le cautère actuel qu'il faut appliquer fortement sur toute la circonférence du charbon, en empiétant un peu sur les parties saines. On devine, au surplus, quand même le bord libre des paupières aurait été conservé, que des eschares épaisses se détacheront alors ; qu'en se cicatrisant les ulcères donneront inévitablement lieu aux mêmes difformités que la brûlure profonde. J'ai vu, à l'hôpital de la Pitié, en 1832, un tanneur robuste qui, ayant reçu un coup de peau d'animal sur le devant de l'orbite droit, se trouva bientôt pris d'un charbon qui envahit toute la largeur des deux paupières de ce côté, et se compliqua, dès le troisième jour, de perte de connaissance, et d'un délire continuel. La cautérisation avec le fer rouge et les stimulans de toute sorte, le rappelèrent à la santé; mais ses paupières, dont il ne resta que le bord libre, se rétractèrent tellement vers les bords de l'orbite, que l'œil, privé de ses abris naturels, finit par s'obscurcir, par se fondre et se perdre complétement.

Inflammation. — On observe aux paupières tous les genres d'inflammations possibles, depuis l'érythème jusqu'au phlegmon diffus, depuis les plus légères efflorescences jusqu'aux altérations profondes les plus tenaces. Tout ce qui concerne les inflammations de la conjonctive, des follicules de Meïbomius, et du bord libre des paupières, ayant été mentionné à l'article OPHTHALMIE sous le titre de *blépharites*, il ne me reste à faire ressortir ici que peu de choses sur les autres maladies inflammatoires des replis palpébraux. L'*érythème* des paupières ne mériterait aucune mention, si, par sa présence, il n'occasionnait pas, en général, dans la paupière qui en est le siége un boursouflement quelquefois considérable, capable d'en imposer pour une maladie grave. C'est, du reste, une particularité dont on aurait tort de s'effrayer et que les topiques résolutifs dissipent habituellement très vite. L'*érysipèle*, proprement dit, qu'il faut bien se garder de confondre avec l'érythème, là, comme partout ailleurs, produit presque toujours aussi, quand il envahit les paupières, un énorme boursouflement, ce qui s'explique par la ténuité de la peau, par la vascu-

larité et la laxité des couches sous-jacentes; il en résulte même que les malades affectés d'érysipèle au visage restent presque toujours de trois à quatre jours sans pouvoir ouvrir les yeux. A la différence de l'érythème, l'érysipèle simple des paupières conduit souvent au phlegmon diffus, à l'inflammation purulente ou gangréneuse, soit partielle, soit diffuse, de la couche sous-cutanée. Aussi importe-t-il d'y porter remède de bonne heure, soit à l'aide de mouchetures et de lotions émollientes, soit, ce qui est mieux, en tenant sur le devant de l'œil, dès que l'érysipèle paraît, des linges imbibés d'une forte solution aqueuse de sulfate de fer.

L'état lamelleux, la vascularité, la flaccidité des lamelles qui entrent dans la composition des paupières, y rendent là formation du *phlegmon diffus* ou de l'érysipèle phlegmoneux très facile; aussi voit-on cette maladie s'y établir à l'occasion des contusions, des plaies, de certaines ophthalmies, des moindres irritations, et quelquefois spontanément comme à la suite de l'érysipèle proprement dit. S'il est vrai que le phlegmon diffus soit, en définitive, le même ici que sur toute autre région du corps, il l'est aussi que sa gravité est encore plus grande, d'abord à cause de la proximité de l'œil ou de l'orbite vers lesquels il peut à la rigueur se porter, ensuite parce que, détruisant les tissus, il détermine presque nécessairement la formation d'un ectropion. Il importe donc d'en arrêter, si on est appelé à temps, la marche dès son début. Je n'ai trouvé que les émissions sanguines locale et générale, associées aux topiques émolliens, ou bien les onctions mercurielles à haute dose, qui en aient quelquefois empêché la période de suppuration parmi les moyens simples. A une époque plus avancée, les scarifications, de véritables incisions multiples, offrent une ressource trop négligée par les chirurgiens. Six incisions longues d'un centimètre chaque, placées, dissémiminées au-dessus l'une de l'autre et en travers sur la paupière, éteignent presque inévitablement l'inflammation, ne compromettent point l'œil, et ne laissent point de trace désagréable, quand on les pratique avant que le pus soit formé. Si on ne s'y décide qu'après la formation de ce liquide, elles ont encore l'avantage de borner l'inflammation gangréneuse, et de mettre l'organisme à même de chasser graduellement, à mesure que l'inflammation éliminatoire les détache, les grumeaux de pus et les paquets de tissus mortifiés.

Abcès. — Que les abcès des paupières résultent d'un phlegmon proprement dit et primitif, ou, comme il arrive très souvent, d'un érysipèle légitime, ils ont toujours cela de particulier que leur formation est très prompte, et que la fluctuation y est quelquefois difficile à constater. Pour peu que de pareils foyers soient larges, il faut se hâter d'en pratiquer l'incision. Les chirurgiens qui ont conseillé de les ouvrir par la face conjonctivale de l'organe n'ont pas réfléchi, sans doute, que l'opération alors serait fort difficile, quelquefois même impossible; que ce serait prendre le chemin le plus long, puisqu'ils sont à peu près constamment sous-cutanés, et qu'il faudrait, par conséquent, trancher le cartilage tarse pour y arriver. Je me suis, au surplus, assuré maintes fois qu'en les incisant en travers par leur face cutanée, on n'a rien à craindre de la cicatrice, qui, après la guérison, se perd dans les plis naturels de la région. Je n'ai pas besoin d'ajouter que des abcès établis dans l'épaisseur des paupières par suite de maladies des os voisins, ou qui proviendraient d'une source plus éloignée, exigeraient les mêmes précautions et la même réserve que les abcès symptomatiques de toute autre partie.

OEdème. — Lorsque l'œdème des paupières tient à un état hydropique général, il ne mérite aucune attention particulière; mais s'il tient à quelque phlegmasie qui se serait établie dans le voisinage, on doit le combattre par des topiques astringens, par des sachets aromatiques ou camphrés, entre autres. Il est, d'ailleurs, assez rare de le voir persister long-temps, à titre de maladie locale, s'il n'existe aucune altération générale, soit des solides, soit des fluides pour l'entretenir. Celui que produirait une tumeur contenue dans le nez, dans le sinus maxillaire ou dans le sinus frontal, ne serait qu'un symptôme de légère importance en comparaison de la maladie principale. Il ne faut pas oublier, néanmoins, que si l'œdème des paupières fatiguait trop les malades, ou était porté trop loin, on y remédierait, au moins momentanément, par de simples mouchetures avec la pointe d'une lancette,

Tumeurs des paupières. — Sous ce titre, j'aurai à dire un mot des phlyctènes, du grêlon, de l'orgeolet, des kystes, des *nævi*, du squirrhe, qu'on observe quelquefois dans l'épaisseur ou à la surface des paupières.

Phlyctènes. — Je ne veux point parler en ce moment des phlyc-

tènes sous-épidermiques qui accompagnent quelquefois les inflammations aiguës, les brûlures, etc., de la surface cutanée des paupières, comme de tout le reste de la peau; mais bien de petites vésicules transparentes, très circonscrites, qui se montrent assez souvent sur le bord libre et à la face interne du cartilage tarse. Survenant presque toujours sans causes appréciables, ces petites vésicules, qui occasionnent à peine quelque gêne, se montrent ordinairement sous la forme d'un grain de cristal, et disparaissent fréquemment d'elles-mêmes au bout de quelques jours. Si elles persistent au-delà d'une semaine, et que le malade en soit contrarié, il est extrêmement facile de les détruire; pour cela, il suffit de les déchirer soit avec une aiguille à cataracte, soit avec une pointe de lancette. Pour en éviter avec certitude la récidive, il n'y aurait qu'à en toucher légèrement le fond avec l'azotate d'argent.

Chalazion. — La tumeur décrite sous les noms de *chalazion*, de *grêle*, de *glando*, de *porosis* par les oculistes, offre plusieurs variétés; l'une, qui a plus particulièrement été comparée à un grain de grêle, se montre tantôt entre la racine des cils, tantôt sur la crête conjonctivale, tantôt sur la portion plane du bord libre des paupières, sous la forme d'un corps blanc, gris ou jaunâtre, gros comme un grain de millet, qui dépasse rarement le volume d'un petit grain de riz; c'est une tumeur qui ne cause aucune souffrance et que beaucoup de personnes conservent toute leur vie sans y faire attention. Comme elle est ordinairement formée d'une matière absolument concrète, tantôt caséeuse, tantôt tophacée, il n'y a guère que l'excision qui puisse en débarrasser les malades. Rien n'est d'ailleurs aussi simple que cette excision. Un coup de ciseau courbé sur le plat ou la pointe d'un bistouri, quand on les a préalablement saisies avec une pince à dents de souris, en fait sur-le-champ justice sans exposer au moindre accident, à la moindre difformité.

Les autres variétés de grêlon décrites par les auteurs n'ont presque aucun rapport avec la précédente, et rentrent presque toutes dans la classe des tumeurs développées dans le tissu même des paupières : ce sont des restes d'orgeolet terminé par induration, de petites verrues, des kystes ou des squirrhes commençans. Aussi ne peut-on leur appliquer que les résolutifs, ou l'extirpation dont il sera question plus tard.

Orgeolet. — La maladie connue sous ce nom, et que les gens du monde désignent sous le titre singulier de *compère loriot*, est une petite tumeur dont le siége précis est encore mal déterminé. M. Weller (*Maladies des yeux*, t. I, p. 92), qui le fait partir des follicules de Meïbomius, se trompe évidemment, du moins dans la plupart des cas. En faire une sorte de furoncle serait tomber dans une autre erreur. Il m'a plutôt semblé que l'orgeolet prenait sa source dans l'inflammation des follicules ciliaires ou des cryptes cutanés. On n'en connaît réellement pas bien la cause (*voyez* ORGEOLET).

Furoncle. — Il est rare que de véritables furoncles se montrent aux paupières : ce qu'on a décrit sous ce titre appartient à quelque orgeolet d'un volume considérable. C'est d'ailleurs une maladie qui devrait être traitée aux paupières comme sur toute autre région du corps, qui exigerait même qu'on en pratiquât aussitôt que possible l'incision, afin de la faire avorter avant qu'elle eût pris trop d'extension dans le tissu cellulaire.

Verrues. — Les petites tumeurs ordinairement pédiculées, à surface purement cutanée, un peu grenues, dures, indolentes, qui se voient quelquefois à la surface cutanée et près du bord libre des paupières, ont été décrites sous le titre de *verrues.* C'est sans doute pour avoir confondu certaines tumeurs cancéreuses avec les verrues proprement dites, que M. Weller parle de verrues de mauvaise nature. Pour guérir les verrues de la paupière, il faut les attaquer ou par les caustiques, ou par la ligature, ou par l'excision; les caustiques sont trop infidèles, d'un emploi trop incommode en pareil cas pour mériter la préférence. La ligature suffirait lorsque la tumeur est pédiculée; mais comme l'excision, qui convient seule aux autres cas, est également plus prompte ici, c'est elle qui mérite véritablement d'être employée. Étant accrochée avec une petite érigne ou une bonne pince, la tumeur est aussitôt enlevée d'un coup de ciseau. S'il fallait absolument enlever avec elle un triangle du bord palpébral, on procéderait comme pour les boutons cancéreux du bord des lèvres, et la plaie devrait être ensuite réunie par un point de suture.

Kystes. — Les tumeurs enkystées des paupières sont assez fréquentes pour que divers chirurgiens semblent avoir oublié qu'il puisse s'en développer d'autres dans ces organes. J'ai

cru remarquer qu'elles naissent souvent d'un orgeolet incomplétement guéri, ou dont le développement ne s'est pas régulièrement opéré. Une parcelle de pus, de lymphe plastique, ou de matière sébacée, étant restée là en faisant l'office d'une épine, détermine à la longue une exsudation insensible de matière nouvelle qui distend de plus en plus les tissus pour s'en former un kyste : il est vrai cependant que les kystes palpébraux naissent fréquemment sans cause appréciable, et sans qu'il soit possible de les rapporter à quelque autre maladie antérieure. Quoi qu'il en soit, la nature des matières contenues dans ces kystes est très variable. J'en ai vu qui étaient remplis de simple sérosité ; d'autres qui contenaient un liquide filant comme du blanc d'œuf, tandis qu'assez souvent ils sont occupés par de la substance sébacée, comme les tannes, de la matière caséeuse demi-liquide comme le méliceris, de la matière caséeuse concrète, comme tuberculeuse, ou bien par des grumeaux, des lamelles concentriques friables, comme dans l'athérôme ou le stéatôme. Chez une dame russe, venue tout exprès de Saint-Pétersbourg pour s'en faire opérer, j'ai vu qu'un de ces kystes, qui occupait l'extrémité temporale de la paupière supérieure droite, et qui avait acquis le volume d'une aveline, était rempli d'un liquide onctueux, filant, couleur de chocolat.

Le volume de ces tumeurs est fort variable : on en observe qui dépassent à peine celui d'un grain de chènevis, tandis que d'autres atteignent celui d'une moitié de noix ou d'un petit œuf. Les plus volumineuses, et en même temps les plus rares, se trouvent plutôt vers le contour de l'orbite que du côté des cils, et ce sont ordinairement des tannes, des méliceris, des stéatômes ou des athérômes. J'en ai enlevé une en novembre 1840, à la Charité, qui avait le volume d'un petit œuf, et qui se prolongeait jusqu'au-dessus du sourcil, chez un jeune homme qui la portait depuis son enfance ; dans ce cas, comme dans quelques autres, le kyste, complétement cutané, était rempli de matière sébacée, et contenait un assez grand nombre de poils : il n'en est pas moins vrai que dix-huit fois sur vingt, au moins, les kystes palpébraux existent près de la racine des cils, et ne dépassent pas le volume d'un pois ordinaire.

Les causes, soit générales soit locales, qui prédisposent à de telles productions, sont encore peu connues ; tout ce que

l'on sait, c'est que le jeune âge, le tempérament lymphatique, les sujets mal portans et les personnes qui ont été souvent affectées de maux d'yeux, en sont plus souvent tourmentés que les autres. Ce sont, du reste, des tumeurs complétement indolentes qui se montrent sous la forme de petites sphères plus visibles dans l'état de veille que pendant le sommeil, qui roulent sous la peau, et dans lesquelles la fluctuation n'est pas toujours facile à constater. Leur siége n'a, d'ailleurs, rien de fixe, puisque j'en ai trouvé entre la peau et le muscle, entre le muscle et le cartilage tarse, entre le cartilage tarse et la conjonctive. Comme elles ne gênent que par leur volume, et mécaniquement, comme elles constituent plutôt une difformité qu'une maladie, le malade peut, quand elles ont cessé de croître, n'y rien faire, et ne point s'en occuper; il arrive même alors parfois qu'elles disparaissent spontanément. Demours, qui prétend avoir fait une statistique sur ce point, dit (*Précis sur les maladies des yeux*, p. 170-171) qu'il est ainsi permis d'en espérer la guérison vingt-cinq fois sur cent. J'ai vu, comme cet auteur, que les kystes palpébraux disparaissent assez souvent pendant une maladie grave intercurrente. Une dame de province, qui m'avait écrit deux mois auparavant, afin de savoir quand elle devrait venir à Paris pour se faire opérer, fut prise de pneumonie, et reconnut avec surprise, pendant sa convalescence, que les deux kystes qu'elle portait aux paupières depuis plusieurs années en avaient complétement disparu.

Il est encore bon de savoir que ces kystes, quelquefois multiples, puisque j'en ai souvent observé deux, trois, quatre, et jusqu'à sept à la fois sur le même individu, se dissipent, dans certains cas, sous l'influence des pommades mercurielle, d'hydriodate de potasse, d'iodure de plomb, administrées en frictions; ou mieux, de linges imbibés d'une forte solution de sel ammoniaque, soit dans de l'eau, soit dans du vin rouge, soit dans du vinaigre. Le taffetas anglais, l'eau régale, l'hydrochlorate d'or, vantés par d'autres, n'ont point été essayés par moi.

Il n'en est pas moins vrai que le seul remède véritablement efficace des kystes palpébraux consiste dans la destruction de ces tumeurs. Il est même parfaitement inutile de tenter l'usage des topiques dont je viens de parler, si la tumeur est ancienne, si elle appartient à la classe des tannes, des mélicéris ou des

stéatômes ; ce n'est alors qu'en les échauffant, en les transformant en abcès, que la nature ou l'art pourrait en débarrasser les malades.

Quant aux procédés chirurgicaux à employer, il ne faut songer ni à la ligature, ni à la cautérisation, ni à l'incision seule à seule. Une aiguille ou un fil passé à travers leur épaisseur, comme l'ont conseillé Demours (*Arch. génér. de méd.*, t. XVI, p. 107) et Jacquemin, réussirait sans doute quelquefois, mais n'offrirait ni la certitude, ni la simplicité de l'incision associée à la cautérisation ou à l'extirpation.

Il est certain que par l'*extirpation* complète on guérit rapidement et pour toujours les malades de leurs tumeurs ; mais il est sûr aussi qu'on en obtient également la guérison sans récidive quand, après l'excision ou l'incision, on prend la précaution de cautériser tout le fond de la plaie. La première de ces opérations, c'est-à-dire l'extirpation, est toujours plus délicate, plus difficile, plus longue que la seconde, seulement elle permet de refermer immédiatement la plaie, et de guérir les malades en vingt-quatre heures, ou du moins en deux ou trois jours.

J'ajouterai que la seconde, ou l'*excision*, si ce n'est l'*incision* combinée avec la *cautérisation*, a l'inconvénient, il est vrai, de laisser une plaie inégale dans la paupière ; mais que cette plaie, dont le fond se transforme rapidement en eschare, n'exige aucun soin particulier, et se réduit bientôt à une petite croûte qui tombe au bout de huit à dix jours, sans laisser à sa suite de difformités sérieuses ; or, comme elle est d'une exécution très prompte et très facile, elle mérite, je crois, d'être préférée toutes les fois que le malade est craintif, surtout s'il s'agit d'un kyste à parois minces.

Pour exécuter l'extirpation des kystes palpébraux, on fait asseoir le malade sur une chaise, en face du jour ; un aide, placé derrière, lui tient la tête et fixe les paupières ; le chirurgien, placé au devant, procède différemment selon qu'il agit à travers la peau ou à travers la conjonctive ; pour moi, je n'ai jamais compris l'importance de faire l'incision des enveloppes du kyste par la face oculaire de la paupière : l'opération est toujours plus facile en procédant par la face cutanée, et les plaies que l'on effectue de ce côté ne laissent aucune cicatrice

visible, tandis que j'ai vu deux fois l'autre méthode faire naître une sorte d'entropion.

Que l'incision, qui doit être transversale, soit faite à travers un pli de la peau, préalablement pincée avec une griffe, ou bien sur cette membrane convenablement tendue; que, pendant cette incision, la paupière soit fixée sur une plaque d'ébène par sa face postérieure, ou bien tendue à nu sur l'œil, il n'en faut pas moins accrocher aussitôt le kyste avec une érigne, et le disséquer ensuite en dessus et en dessous jusqu'à sa région postérieure. Arrivé là, on continue l'opération avec le bistouri, ou bien on la termine d'un coup de ciseaux porté sur l'espèce de pli qui sert de racine à la tumeur. Pendant ces manœuvres, un aide absterge, au moyen d'une éponge et d'eau froide, le sang qui s'écoule quelquefois abondamment des parties.

Une manière qui m'a semblé rendre l'opération de ces tumeurs plus facile consiste à accrocher de prime abord le kyste, sans incision préalable de la peau, dont j'emporte une petite ellipse avec la tumeur. Pendant que je la dissèque, un aide tient la paupière de chaque côté, au moyen de deux pinces qui la fixent entre leurs mors.

Quoiqu'elle ne puisse pas être en réalité très douloureuse, cette petite opération est fréquemment suivie de syncope, soit parce que les artérioles à ouvrir sont nombreuses dans cette région, soit parce que les malades sont généralement très-effrayés quand ils savent qu'on porte les instrumens si près de l'œil. Une fois terminée, l'opération n'exige plus aucun soin. Quoiqu'il n'y ait absolument besoin d'aucun pansement, puisque le plissement naturel des parties suffit pour rapprocher les lèvres de la plaie, il est cependant un peu plus sûr, dès que le sang a cessé de couler, de tenir l'incision fermée au moyen d'une bandelette de taffetas d'Angleterre.

On procéderait avec les mêmes précautions, si le kyste devait être extrait par la face profonde de la paupière, qu'il faudrait alors renverser préalablement sur la face cutanée.

Pour pratiquer la *cautérisation* des kystes palpébraux, il faut que, le malade et les aides étant situés comme précédemment, le chirurgien enlève du même coup une portion de la peau, et la paroi antérieure du kyste dans le cas de tumeur volumineuse, ou qu'il se borne à traverser de part en part, et

transversalement, toute la partie antérieure du petit sac avec un bistouri droit; on porte aussitôt dans la plaie un crayon de nitrate d'argent, avec lequel on frotte avec une certaine force, pendant quelques secondes, le fond du kyste, et l'opération est terminée. Quelques linges imbibés d'eau froide ou d'eau de guimauve suffisent ensuite pour tout pansement.

Si la tumeur était en quelque sorte à nu du côté de l'œil, l'opération devrait être pratiquée d'arrière en avant, au lieu de l'être d'avant en arrière. Seulement il importe, dans ce cas, de ne pas permettre trop vite à la paupière de reprendre sa place sur l'œil après la cautérisation : ceci exposerait le malade à une conjonctivite assez intense, ainsi qu'il m'est arrivé chez une jeune fille qui m'échappa avant que j'eusse pu placer un linge mouillé sur le point qui venait d'être cautérisé.

Si, d'une façon ou de l'autre, toute l'épaisseur de la paupière avait été traversée, il y a lieu de croire que la plaie ne s'en cicatriserait pas moins le plus souvent, quand même il y aurait eu déperdition de substance. M. le docteur Selle m'a cependant fait voir, chez un de ses malades, un trou resté fistuleux dans la paupière supérieure, à la suite d'une opération pareille. On comprend, du reste, que cela puisse arriver lorsque le cartilage tarse a dû être traversé, et surtout lorsqu'on s'est cru obligé de joindre le caustique à l'instrument tranchant. Il est, en conséquence, mieux d'éviter, toutes les fois qu'on le peut, cette perforation des paupières.

Tumeurs concrètes. — On trouve fréquemment aussi dans les paupières des tumeurs tout-à-fait concrètes, qui offrent, d'ailleurs, presque tous les caractères extérieurs des kystes : elles ont, en effet, le même siége, le même aspect, la même mobilité, et sont tout aussi indolentes. Ce sont parfois de véritables névrômes; c'est évidemment à cette classe qu'appartenaient les tumeurs sous-cutanées, douloureuses, dont parle M. Middlemore (*Diseases of the eye, etc.*, vol. II, p. 728). Quant aux lipômes que mentionne cet auteur (p. 761, 762), est-ce bien dans la paupière qu'il les a observés ? D'autres fois ce sont de véritables tumeurs fibreuses, tantôt bosselées, tantôt régulières, tantôt très petites, tantôt aussi volumineuses qu'un œuf.

Quand elles sont très grosses, les tumeurs solides des paupières doivent être soumises aux mêmes règles de médecine

opératoire que partout ailleurs. M. Fleury, de Clermont (*Bullet. de la Faculté de méd.*, 1802, p. 16), qui eut à en extirper deux, une de chaque côté, de nature fibreuse, aussi volumineuse qu'un œuf de cane, fut obligé d'enlever en même temps une ellipse assez considérable de peau, et n'en réussit pas moins à guérir sa malade sans difformité. Du reste, qu'elles soient petites ou grosses, ces tumeurs ne comportent pas d'autres ressources que l'extirpation. Le procédé qui convient au très grand nombre d'entre elles ne diffère en aucune façon de celui que j'ai indiqué précédemment pour les kystes. J'ajouterai seulement qu'elles n'ont pas besoin d'une dissection aussi soignée, et que, s'il s'agissait d'un lipôme, il faudrait, la première incision étant faite, procéder autant par énucléation que par dissection.

Nævi materni. — Les taches de naissance, les tumeurs érectiles ou fongeuses sanguines, se montrent fréquemment aux paupières; mais elles doivent être traitées là comme partout ailleurs. J'en ai déjà dit un mot à l'article Orbite de ce Dictionnaire. M. Middlemore (vol. II, p. 773, 782), qui dit leur appliquer la vaccination depuis 1827, vante aussi les caustiques et la ligature en pareil cas. On trouvera (t. III de ma *Médecine opératoire*) par quels moyens il est possible d'arrêter la marche de ces tumeurs : je dirai seulement ici qu'introduire du nitrate acide de mercure dans le trajet des aiguilles dont on peut les avoir traversées, comme l'a fait M. A. Bérard, pourrait bien ne pas changer sensiblement le résultat définitif des simples sétons multiples.

Tumeurs cancéreuses. — Aux paupières comme partout, les tumeurs cancéreuses ne peuvent guérir qu'autant qu'on parvient à en détruire la totalité. A l'état de squirrhe, d'encéphaloïde, de mélanose, de masse colloïde non ulcérée, il faut les extirper d'après les méthodes générales connues, en ménageant autant que possible les tissus sains, et sans altérer, toutes les fois qu'on le peut, le bord libre ou les angles palpébraux. Si toute l'épaisseur du bord libre de la paupière était prise, on extirperait dans un V de tissu sain la masse cancéreuse, afin de réunir ensuite la plaie, comme s'il s'agissait d'un bec-de-lièvre, toutes les fois qu'une trop grande déperdition de substance ne s'y opposera pas. Si la tumeur occupait une grande étendue du bord palpébral, sans se montrer très

haut vers le bord convexe du cartilage tarse, il vaudrait mieux la faire sauter sous forme d'une demi-lune avec de bons ciseaux courbes.

Lorsque le tubercule cancéreux ne comprend pas toute l'épaisseur des paupières, on doit l'extirper en dédolant de manière à ne pas traverser en entier l'organe : on se met de la sorte à l'abri de toute difformité. L'emploi des caustiques ne convient qu'aux tumeurs cancéreuses ulcérées, plus étendues en surface qu'en profondeur, à celles décrites autrefois sous le nom de *noli me tangere*, ou qui participent du lupus. Le fond de celle-ci, presque toujours grisâtre, sanieux, anfractueux, est entouré de bordures inégales, taillées à pic, festonnées, dures, ordinairement un peu renflées. S'il s'agit de la racine ou des angles des paupières, et qu'il soit urgent de cautériser profondément, la pâte de zinc, qui est peu diffluente, est employée avec avantage, ainsi que j'en ai cité quelques cas à l'article ORBITE; autrement, c'est aux attouchemens avec le nitrate acide de mercure que j'ai recours. Ayant soigneusement abstergé le fond du cancer, j'en touche tous les recoins avec un petit pinceau de charpie imbibé de ce liquide, pendant que toutes les précautions nécessaires sont prises pour protéger l'œil : je recommence ainsi tous les quatre ou cinq jours pendant une quinzaine. Le fond de l'ulcère ne tarde pas à se mondifier, à se transformer en un ulcère simple, qui se cicatrise ensuite régulièrement et avec rapidité; j'ai obtenu de la sorte, en moins d'un mois, la guérison de plaques cancéreuses des paupières, que d'autres personnes avaient jugées au-dessus de toute ressource.

Il faut dire, en outre, que, la paupière dût-elle être détruite entièrement à cause du volume de la tumeur, il n'en faudrait pas moins extirper celle-ci, puisque, avant tout, on doit sauver la vie du malade, et qu'il n'est, d'ailleurs, pas impossible aujourd'hui de reconstruire une sorte de paupière détruite aux dépens des régions voisines.

Ulcères calleux. — Le genre d'ulcères connus sous le nom de *tylosis* se présente sur le bord libre des paupières, et en occupe, en général, toute la largeur. Soit qu'elle ait été précédée de blépharite ulcéreuse, soit qu'elle ait débuté par le tissu même du cartilage tarse, cette maladie ne s'en montre pas moins à peu près toujours sous l'aspect d'un bourrelet dur,

calleux, bosselé, d'une couleur rouge, jaunâtre ou violacée, du côté de la peau et de la conjonctive, ou bien d'une surface *grenue*, anfractueuse, presque sèche et complétement ulcérée dans le sens du bord libre des paupières; si bien qu'en réalité il n'est pas toujours facile de la distinguer du *noli me tangere*, des ulcérations cancéreuses en général, lorsque la maladie est très avancée. Si l'affection décrite sous le nom d'*ulcération particulières des paupières*, par M. Middlemore (vol. II, p. 744, 745) n'est pas l'ulcération granulée, verruqueuse, une variété du tylosis ou du ficosis, enfin, je ne comprends point ce qu'en a voulu dire l'auteur. Il est possible aussi que les verrues qui ont tant effrayé Demours (p. 169) et M. Weller appartiennent également à ce genre d'ulcération, si elles ne rentrent pas dans la classe des véritables tumeurs cancéreuses. J'ajouterai que les exulcérations du bord libre des paupières, rapportées par Demours (p. 144), mais à tort, au vice variolique, ne doivent pas être confondues avec le tylosis, et qu'elles appartiennent aux variétés de la blépharite. Il ne faut pas se dissimuler toutefois que le tylosis ou le ficosis paraît souvent trouver sa source dans les petites ulcétions de la racine des cils, et que l'on connaît sous le nom de *teigne des paupières*.

Le tylosis constitue, d'ailleurs, une maladie sérieuse; la chute des cils en est un des premiers effets : cette ulcération, étant de nature phagédénique ou rongeante, détruit peu à peu la paupière en laissant l'œil à nu, ce qui fait que la conjonctivite et même la kératite ulcéreuse finissent souvent par s'y joindre. Comme on a vu quelquefois des insectes, la *mitte* ou le *pediculus*, fixés en grand nombre le long du bord ciliaire, causer un gonflement, une induration capable de servir de point de départ au tylosis, il serait bon, en supposant qu'on eût là-dessus quelques soupçons, de commencer le traitement par des frictions avec l'onguent mercuriel.

Il est si rare de voir le ficosis disparaître sous l'influence des médications générales, des topiques émolliens, des simples pommades résolutives, à moins qu'il ne soit récent ou très peu étendu, que je l'attaque presque toujours d'emblée par la cautérisation. Touchée par le nitrate acide de mercure, en prenant les précautions indiquées tout à l'heure, sur toute la surface ulcéreuse et même sur les bords calleux du mal, la

paupière se dégorge bientôt, s'amincit en même temps que l'ulcère se déterge, s'aplatit, prend un aspect rose et vasculaire, se cicatrise enfin. Ce remède m'a si constamment réussi dans les cas graves, que si les frictions avec la pommade de Janin, la pommade de Desault, la pommade de Régent, n'amènent pas d'amélioration sensible au bout de huit jours, je n'hésite point à l'employer aussi dans les cas moins avancés.

Chute des cils. — L'absence des cils est quelquefois congénitale. Elle résulte néanmoins, le plus souvent, de maladies long-temps fixées sur le bord libre des paupières. Ainsi, tous les genres de blépharite ciliaire, toutes les variétés d'ulcérations, d'exulcérations de cette région, les verrues, le tylosis, comme les brûlures et le charbon, y conduisent naturellement. C'est une difformité qu'il faut tout faire pour empêcher de s'établir, mais contre laquelle la chirurgie ne peut rien à titre de ressource curative.

Clignotement des paupières. — Le clignotement des paupières ne doit pas être confondu avec le spasme inflammatoire des mêmes parties; le *blépharo-spasme* accompagne presque toujours les inflammations de la cornée ou de la rétine, quand elles ne se rapportent pas à une simple névralgie. Le clignotement, au contraire, résulte souvent d'une habitude vicieuse dans les mouvemens de l'œil, de la nécessité où on s'est trouvé de marcher contre un soleil vif, de travailler sur de petits objets à une lumière intense, de quelques altérations des filets nerveux circonvoisins. Toutefois, quand il est réellement idiopathique, on n'a guère vu que le temps, quelques antispasmodiques, les bains sulfureux, et, selon M. Caron du Villards, l'eau de laurier-cerise en topique, qui aient su en triompher. S'il est réellement symptomatique, on comprend que les remèdes ne doivent pas s'adresser à lui, et que ce serait perdre son temps que d'en traiter avec plus de détail dans cet article.

Hypertrophie du tissu sous-muqueux palpébral. — M. Caron du Villards décrit sous ce nom une maladie que j'avoue n'avoir jamais observée: elle consisterait en un épaississement vague; permanent, considérable du tissu cellulaire sous-conjonctival, les scarifications ou l'excision en seraient le seul remède. N'ayant point observé cette maladie, soupçonnant que l'auteur a pris pour elle quelques variétés d'ulcérations ou de granulations, confondues jusqu'à lui avec les suites de certaines

blépharites, je ne pense pas devoir en parler plus longuement.

Coloboma. — La difformité connue sous le nom de *coloboma des paupières* consiste dans une fente qui pourrait être à la rigueur congénitale; mais qui est à peu près constamment accidentelle, et dont le bec-de-lièvre donne, du reste, une très juste idée. Si cette difformité était considérable, et qu'on voulût absolument y remédier, on en aviverait les bords, on en pratiquerait la suture, absolument comme quand il s'agit de la fente des lèvres. Le besoin de remédier au coloboma palpébral ne manque pas de se faire sentir lorsque le cartilage tarse est divisé dans toute sa hauteur. Alors, en effet, le muscle orbiculaire entraîne si loin l'une de l'autre les deux lèvres de la fente, que l'œil reste à découvert, et finit quelquefois par perdre toute sa transparence, ainsi qu'un garçon de quinze ans m'en a encore offert un triste exemple, au mois de juillet 1840, à l'hôpital de la Charité. S'il ne s'agissait, au contraire, que d'une légère échancrure, et que le sujet ne fût plus jeune, il vaudrait mieux n'y pas toucher.

Lagophthalmie. — On désigne ainsi la rétraction ou le renversement des paupières portés au point d'empêcher les malades de pouvoir les fermer, et de laisser l'œil constamment en contact avec l'atmosphère, ainsi qu'on l'observe naturellement chez les lièvres. Je n'ai jamais vu de la gophthalmie purement spasmodique ou nerveuse. C'est une difformité qui tient presque constamment à des cicatrices vicieuses, et qui rentre nécessairement parmi les variétés de l'ectropion. En supposant qu'elle dépendît de quelques affections nerveuses ou de la rétraction du muscle élévateur de la paupière supérieure, on aurait à lui opposer le traitement des névralgies, les calmans ou les toniques, et même la myotomie, si elle existait depuis long-temps, si elle était permanente.

Absence des paupières. — M. Caron du Villards, qui dit avoir observé l'absence congénitale des paupières, ajoute, mais sur la foi de récits peu authentiques, il me semble, qu'à l'époque des croisades, les chrétiens faits prisonniers au siége d'Antioche et d'Aquilée furent soumis à la destruction des paupières par les vainqueurs; on ne peut nier toutefois que l'absence des paupières, soit originelle, soit accidentelle, ne rendît, si elle était complète, l'opacité ou même la fonte des

yeux à peu près inévitable. Il n'y a que la blépharoplastie qui puisse offrir quelques ressources fort incertaines, d'ailleurs, en pareil cas. *Si palpebra tota deest, nulla id curatio restituere potest* (Celse, lib. VII).

Ankyloblépharon. — Les ulcérations, quelle qu'en soit la nature, du bord libre des paupières, amènent quelquefois l'agglutination contre nature de leurs bords, le plus souvent aux angles, à l'angle externe en particulier, quelquefois vers le milieu. Lorsque cette infirmité est portée au point de gêner la vision, il faut y remédier, comme s'il s'agissait des coarctations de la bouche. S'il n'existe que quelques brides, on les divise en passant au-dessous un stylet cannelé, qui sert de guide à la pointe de petits ciseaux ou d'un bistouri droit. On pourrait aussi mettre le stylet de côté, en se servant d'un bistouri ou de ciseaux boutonnés, et même en garnissant d'une petite boule de cire la pointe de l'instrument.

Si l'ankyloblépharon n'occupe que l'angle de la paupière, et même quand il en occupe sans intervalle une grande longueur, on procède de la même façon en divisant les tissus du point resté libre vers la commissure naturelle des paupières. Mais s'il n'y avait aucun pertuis qui permît de glisser un instrument protecteur entre les paupières et le globe de l'œil, on n'aurait d'autres ressources que d'inciser, couches par couches, et dans le sens du bord ciliaire, toute la cicatrice d'avant en arrière. J'aimerais mieux alors commencer à l'un des angles oculaires par une petite fente qui me mît à même d'introduire l'extrémité d'un stylet jusqu'à la face oculaire de la conjonctive, après quoi je terminerais l'opération comme dans les cas d'adhérences incomplètes.

Le décollement de l'ankyloblépharon est généralement une opération facile; mais il faut être prévenu que la récidive en est presque inévitable toutes les fois que le mal s'est développé des commissures vers le corps du bord libre des paupières. On a beau tenir de la charpie, des lames de linge, des fils de métal entre les parties; on a beau recommander aux malades d'ouvrir et de fermer fréquemment les yeux, on a beau cautériser les surfaces traumatiques, comme d'autres l'ont conseillé, avec le nitrate d'argent, une nouvelle agglutination ne tarde pas à survenir en se jouant des efforts du malade et du chirurgien. S'il était facile de rabattre sur les plaies une por-

tion de la conjonctive décollée, comme le veut M. d'Ammon, on préviendrait sans doute cette fâcheuse tendance, mais il saute aux yeux que cette opération doit être le plus souvent inexécutable. Il me semble que la peau serait plus facile à décoller, puis à rabattre d'avant en arrière, et à coudre sur le côté profond de la plaie en forme d'ourlet, et que les chances de succès ne seraient pas moindres qu'avec la conjonctive; il suffirait, au surplus, de ne se comporter de la sorte que pour l'angle même ou la commissure de la division à maintenir libre.

Phimosis. — Les vieillards, les personnes qui ont souvent été atteintes de blépharites glanduleuses, présentent quelquefois un rétrécissement notable de l'ouverture des paupières. Comme cette difformité n'occasionne aucune souffrance, elle ne mérite pas qu'on invoque les ressources de la chirurgie contre elle, à moins qu'elle ne soit assez prononcée pour masquer une partie de la cornée, pour troubler sensiblement les fonctions de l'œil. C'est l'opération qui vient d'être indiquée tout à l'heure qu'on lui opposerait, si on prenait le parti de vouloir y remédier.

Symblépharon. — Si l'exulcération du bord libre des paupières amène quelquefois une agglutination contre nature des parties, les inflammations purulentes et ulcéreuses de la conjonctive sont quelquefois suivies à leur tour d'une adhérence plus ou moins complète des paupières avec le globe de l'œil. Cette difformité, ou le symblépharon, est encore plus difficile à guérir radicalement que l'ankyloblépharon; d'abord, il faut, avant toute tentative, s'être préalablement assuré que la cornée n'a pas perdu sa transparence vis-à-vis de la pupille, attendu que si la cornée est opaque, le malade ne peut rien gagner au décollement de ses paupières. L'opération, en elle-même, est généralement assez facile. Quand il n'y a que des brides, on les tranche, soit à coups de ciseaux, soit à coups de bistouri. Si l'adhérence est plus intime, on opère par dissection, en ayant soin que la pointe du bistouri suive aussi exactement que possible la ligne naturelle de démarcation des organes, pendant qu'une pince sert à écarter le bord de la paupière en avant. On a tout essayé pour empêcher les surfaces ainsi séparées de se recoller. Les mouvemens répétés, les feuilles de plomb, d'or, de cuivre, l'œil de porcelaine ou de verre, une plaque d'ivoire

ramollie, qu'on a conseillé de tenir entre l'œil et ses annexes, restent ordinairement sans efficacité; ce sont des corps étrangers que l'inflammation rend insupportables, et que les tissus finiraient par chasser eux-mêmes en se resserrant. Boyer dit avoir vu la maladie se reproduire trois fois sur le même sujet, et Demours doute qu'on puisse la détruire radicalement. Un malade, opéré deux fois par des médecins de Lyon, puis par un charlatan, faillit en mourir, et conserva sa difformité. Ce n'est donc que pour le symblépharon incomplet, et lorsque la pupille reste libre derrière la cornée transparente, qu'il est permis au chirurgien d'intervenir. Les adhérences étant détruites, on s'en tiendrait, pour les empêcher de renaître, à des mouvemens répétés de l'œil, à passer fréquemment entre l'œil et les paupières un anneau métallique, une grosse tête d'épingle.

Fendre verticalement la paupière adhérente, en décoller ensuite chaque moitié pour la tenir renversée sur la peau jusqu'à cicatrisation, et la recoudre plus tard, comme s'il s'agissait d'un coloboma, c'est une opération à tenter peut-être, comme Guérin l'a fait (*Société méd. de Montpell.*, t. II, p. 185), mais qui n'offrirait certainement que très peu de chance de réussite.

Chute de la paupière. — La blépharoptose, ou le prolapsus de la paupière supérieure, dépend presque toujours d'une paralysie du muscle élévateur propre, ou de quelque autre altération nerveuse du voisinage. Si le tronc de la troisième paire est affecté, l'œil regarde en dehors, en même temps que la paupière persiste à le cacher. Cet organe ne conserve sa position et ses mouvemens que si le filet nerveux du muscle élévateur seul se trouve lésé. Du reste, comme il s'agit alors d'un symptôme dont la source plus ou moins éloignée n'a rien de fixe, il serait inutile de s'en prendre à lui; c'est à la maladie même qu'il faut s'adresser.

Certains vieillards, certains sujets à fibres molles, quelques personnes qui ont eu la paupière supérieure long-temps enflammée ou boursouflée, offrent quelquefois une chute, un abaissement de la paupière supérieure, qui n'a pas de rapport avec les affections nerveuses. Pour ce dernier cas, et aussi pour la paralysie, même quand elle est ancienne et tout-à-fait locale, les chirurgiens ont imaginé différens procédés opéra-

toires. On peut dire, d'une manière générale, que toutes les opérations conseillées pour remédier à l'entropion ont été également appliquées au proptosis ; mais on a imaginé, dans ces derniers temps, une méthode qui ne s'applique qu'à la blépharoptose. Cette opération, imaginée par M. Hunt, consiste à exciser un large lambeau elliptique de tégumens au-dessous du sourcil, puis à réunir en quelque sorte, comme pour l'attacher au front, la lèvre inférieure de la plaie à sa lèvre supérieure, sur l'arcade orbitaire. L'auteur pense qu'en agissant de la sorte on met la paupière sous l'influence du muscle frontal, et qu'il est possible d'en rétablir ainsi la mobilité; mais je doute que l'expérience vienne confirmer une pareille supposition. Il convient même de ne pas oublier qu'en enlevant un large lambeau de peau, on aurait à craindre de substituer une lagophthalmie à la blépharoptose.

Bourrelet cutané des paupières. — Plusieurs sujets offrent dans l'âge adulte une exagération singulière du pli tégumentaire qui encombre le grand angle de l'œil et la paupière supérieure de certains vieillards. Deux variétés doivent être distinguées dans cette difformité. La première, que je n'ai observée que deux fois, et qui a été décrite sous le titre d'*épicanthis*, par M. Van Ammon, existe généralement des deux côtés à la fois, et consiste en une sorte de repli semi-lunaire, qui semble s'étaler en dehors de la racine du nez, comme pour recouvrir la caroncule lacrymale. L'autre donne l'idée d'une sorte de tablier tégumentaire qui semble descendre de l'arcade orbitaire pour recouvrir l'œil en forme de troisième paupière. Cette disposition s'observe à l'état rudimentaire chez une infinité d'hommes, et je l'ai rencontrée trois fois à un degré tel, que le bord libre de la paupière en était comme caché.

Deux opérations ont été imaginées pour remédier au bourrelet cutané du contour de l'œil; elles consistent toutes les deux en une excision elliptique des tégumens allongés, et en quelques points de suture.

Dans les cas d'épicanthis, l'ellipse de tégument doit être prise sur la racine du nez, et dirigée verticalement. On rapproche ensuite les bords de la plaie au moyen de trois points de suture entortillée, et les angles de l'œil se trouvent ainsi dégagés. Pour le bourrelet palbébral, proprement dit, que je

n'ai rencontré jusqu'ici qu'à la paupière supérieure, il faut que le lambeau à exciser soit dirigé en travers. Là, comme dans l'opération de l'entropion, on peut, ainsi que je le dirai plus loin, traverser la base du repli à enlever, à l'aide de trois fils qu'on y abandonne, en forme de ligature d'attente, et qu'il suffit de nouer, pour terminer l'opération, aussitôt après la section des tégumens : c'est ainsi que je me suis comporté deux fois avec succès. Comme les tissus sous-cutanés sont plutôt hypertrophiés que simplement relâchés, alors peut-être serait-il mieux, cependant, de ne passer les épingles ou les points de suture au travers de chaque lèvre de la plaie qu'après avoir excisé la peau.

Trichiasis. — La déviation des cils, qui prend le nom de *trichiasis* quand elle est simple, de *distichiasis*, de *tristichiasis*, de *tetrastichiasis*, quand il y a deux, trois ou quatre rangées de cils, ne doit pas être confondue avec l'entropion, attendu que le renversement des cils n'est pas toujours accompagné du renversement de la paupière en dedans, et que le traitement n'est pas absolument le même dans les deux cas. Que les poils retournés vers l'œil viennent du bord de la paupière, de la conjonctive palpébrale, de la conjonctive oculaire ou de la caroncule lacrymale, comme on en connaît quelques exemples, toujours est-il qu'ils entretiennent, qu'ils déterminent souvent une gêne, du larmoiement, de la photophobie, des conjonctivites, des kératites qui ne cèdent point au traitement ordinaire des ophthalmies.

C'est donc une difformité que le chirurgien est souvent appelé à traiter. Mille moyens ont été imaginés à ce sujet. Passer une anse de fil à travers la peau, près des cils, pour en nouer les bouts avec une autre anse fixée près du sourcil, exciser une plaque de tégument, soit sur la paupière même, soit au-dessus du sourcil, pratiquer en même temps une incision transversale sur la face interne du cartilage tarse, remplacer cette excision par les caustiques chimiques ou le fer rouge, sont des opérations qui appartiennent plus spécialement à l'entropion, mais qui n'en ont pas moins été appliquées au trichiasis, qui sont le plus souvent inutiles ou insuffisantes ici.

Le premier moyen qui se présente à l'esprit, en pareil cas, est le renversement des poils en dehors. Les Grecs se servaient

d'emplâtres qui retenaient la pointe des cils déviée sur la peau. J'ai réussi plusieurs fois de cette manière, voire même dans un cas où l'excision des tégumens avait échoué; d'autres cherchaient à friser les cils déviés avec un fer chaud, et il en est qui eurent la singulière idée d'en engager la pointe dans l'anse d'un cheveu de femme, préalablement passé au travers de la peau.

Lorsqu'on ne réussit pas de cette façon, le remède le plus naturel consiste à enlever les cils mal placés; on soulage constamment et sur-le-champ les malades, on en guérit même radicalement quelques-uns en agissant ainsi. Il est seulement vrai de dire qu'il faut s'attendre, le plus souvent, à voir le cil arraché repousser dans la même direction et reproduire la même maladie. L'opération est, d'ailleurs, tellement simple, que beaucoup de malades peuvent se la pratiquer eux-mêmes. Il suffit de se renverser la paupière devant une glace, puis à l'aide d'un épilatoire, de saisir chaque poil renversé près de sa racine, et de l'enlever par un coup brusque, en le tirant parallèlement à son axe. Rien n'empêche, d'ailleurs, de recommencer l'opération chaque fois que le cil revient au point de ramener de l'irritation dans l'œil.

Toutefois, les inconvéniens du trichiasis sont quelquefois assez sérieux pour justifier des opérations réelles, ayant pour but d'anéantir définitivement les cils déviés. La cautérisation, soit avec une aiguille rouge enfoncée dans le bulbe du cil, comme le veut Celse, soit avec le petit cautère en bec d'oiseau, conseillé, après Paré, par M. Champesme, soit, comme le veut M. Carron du Villards, avec une série d'épingles d'entomologiste, préalablement enfoncées dans les bulbes ciliaires qu'on veut détruire, et qu'on échauffe sur place en les embrassant avec un fer à papillotes, serait un excellent moyen, s'il était réellement possible de rencontrer ainsi avec certitude la racine des poils déviés. Dans les cas plus graves, on peut imiter Vacca, placer une plaque de corne garnie d'une rainure transversale au devant de l'œil, afin de tendre sur elle la paupière; au moyen de deux incisions verticales longues d'une ligne, réunies par une incision transversale qui ne comprend que la peau, l'opérateur taille un petit parallélogramme, qu'il renverse du côté de l'ouverture palpébrale, met ainsi le cartilage tarse à nu, cherche les bulbes des cils avec des

pinces, les excise ou les brûle, replace le lambeau, et se sert d'emplâtre pour maintenir la plaie réunie. Un procédé que Weller (t. I, p. 139, 140), dit avoir vu mettre en usage en 1817, par M. Rosas, et qu'il attribue à M. Jaeger, diffère à peine de celui de Vacca, auquel il faut encore rapporter, il me semble, celui de M. Flarer, lequel consiste à exciser les cils malades, en même temps qu'une plaque de tissus, qui ne comprend que la moitié antérieure de l'épaisseur du cartilage tarse. Cautériser la racine des cils en touchant linéairement le bord de la paupière avec un crayon de potasse, comme le prescrit M. Soléra, offrirait moins de certitude, mais aussi un peu moins de difficulté que la méthode de Vacca.

Entropion. — Mille causes diverses peuvent amener le renversement des paupières en dedans. Les ophthalmies souvent répétées, les infiltrations, les inflammations, et les gonflemens de toutes sortes du pourtour de l'orbite, le déterminent souvent en se dissipant. L'entropion trouve quelquefois sa source dans l'amaigrissement des personnes préalablement chargées d'embonpoint; c'est une difformité presque naturelle chez beaucoup de vieillards. Aussi, M. Middlemore (t. II, p. 796) mentionne-t-il l'entropion *sénile* comme très fréquent. On comprend, du reste, que tout ce qui peut allonger la peau, de même que tout ce qui peut raccourcir la conjonctive des paupières conduit à l'entropion, tout aussi bien que des brides, des cicatrices vicieuses.

Les accidens du renversement interne des paupières sont absolument les mêmes que ceux du trichiasis. C'est effectivement par le frottement des cils contre la conjonctive, ou la cornée, que cette difformité expose à des dangers. On s'imagine à peine combien d'ophthalmies rebelles, combien de kératites vasculaires, d'opacités de la cornée, dépendent d'une pareille lésion. Il est cependant vrai que quelques malades en souffrent peu, non-seulement parmi ceux dont les paupières sont depuis longtemps dégarnies de cils, mais encore parmi les personnes qui n'ont perdu aucun de ces poils. J'ai vu, en octobre 1840, à l'hôpital de la Charité, un garçon qui avait, depuis quinze ans, un entropion complet, avec renversement de tous les cils aux paupières inférieures, sans en avoir jamais souffert, sans que ses yeux en éprouvassent la moindre gêne, la moindre inflammation. Ce cas, toutefois, est une exception. Presque con-

stamment les malades affectés d'entropion fuient la lumière, souffrent d'un larmoiement continuel et de douleurs cuisantes. Une kératite ulcéreuse ou simplement vasculaire s'établit bientôt chez eux et finit par amener l'opacité de la cornée, un trouble profond dans la vision.

C'est une maladie qui peut n'occuper qu'un point de la paupière, tantôt vers les angles, tantôt vers le milieu de son bord libre, qui est plus fréquente à la paupière inférieure qu'à la paupière supérieure, chez les personnes dont l'orbite est très saillant, que chez celles dont les yeux proéminent fortement en avant. Si l'entropion ne se montre, en général, que d'un côté, ou qu'à l'une des paupières de chaque côté, il n'est cependant pas rare d'observer le contraire; j'ai vu plusieurs personnes en être affectées aux quatre paupières à la fois.

La transparence de la cornée est tellement compromise par l'existence de l'entropion, qu'on ne saurait trop se hâter de porter remède au renversement interne des paupières. Les moyens d'atteindre ce but sont nombreux et variés : je les diviserai en quatre catégories.

1° *Moyens simples, hygiéniques, pharmaceutiques.* — Si le renversement du tarse en dedans s'est développé sous l'influence d'un engorgement quelconque et plus ou moins longtemps prolongé des tissus sous-cutanés des paupières, ou bien d'un amaigrissement rapide de la même région, s'il est récent et peu prononcé, il est permis de le combattre à l'aide d'un régime fortifiant, de quelque médicament tonique, et par des topiques astringens; c'est ainsi qu'un blanc d'œuf, battu avec de l'alun, et maintenu sur le devant de l'œil plusieurs jours de suite, en le renouvelant matin et soir, réussit assez souvent. Je dois en dire autant de linges imbibés d'une solution de sel ammoniac, de sulfate de cuivre ou de tannin. Si le mal résiste à ces premières ressources, il en est une que j'ai souvent employée avec avantage, et qu'il convient d'essayer aussi : c'est la pommade de nitrate d'argent, à la dose de cinq centigrammes de nitrate par quatre grammes d'axonge, appliquée matin et soir en frictions sur la portion ciliaire ou cutanée du bord libre des paupières. Un autre moyen, qui m'a réussi dans certains cas, comme à M. Carron du Villards, est le vésicatoire appliqué et maintenu quelque temps en suppuration sur la surface cutanée des paupières; il provoque en se desséchant

un resserrement, un endurcissement de la peau tel que les paupières en sont redressées, et les cils ramenés en avant. L'observation prouve néanmoins que l'entropion résiste presque toujours, lorsqu'il est ancien, à cette première classe de ressources.

Destruction d'une plaque cutanée.—Nulle part, en pathologie chirurgicale, l'indication thérapeutique n'est plus évidente que dans l'entropion. Personne, en effet, ne jette les yeux sur cette difformité sans voir aussitôt que, pour en guérir, il faut plisser ou raccourcir les tégumens de la paupière affectée : de même que, pour régulariser un vêtement dont le drap serait plus long que la doublure, on fait un pli sur sa face externe. Aussi la destruction d'une partie de la peau des paupières a-t-elle été employée de tout temps pour remédier à l'entropion. Trois genres de procédés ont même été préconisés à cette occasion.

L'un, qui n'est plus employé et qui ne mérite pas de l'être, consiste à embrasser le repli tégumentaire qu'on veut détruire, soit entre les mors d'une pince ordinaire, ou d'une sorte de béquille, ou d'instrumens particuliers, soit dans une sorte de ligature ou une anse de fil de laiton. Tout autre moyen capable de mortifier la peau en ferait autant. N'ayant d'autre avantage que d'éviter l'emploi d'instrumens tranchans dont l'usage est ici sans danger, causant en réalité plus de souffrances, exigeant plus de temps, et ne donnant pas des résultats aussi favorables que les autres nuances de la destruction de la peau, cette manière de faire doit être à jamais proscrite, quoiqu'elle puisse à la rigueur réussir comme les autres méthodes dont il va être question.

Excision. — On s'est aperçu de bonne heure, et Celse le prouve déjà; qu'une fois le besoin de raccourcir la peau des paupières reconnu, le plus simple, le plus prompt et le plus sûr, était d'en exciser un lambeau ; aussi est-ce là ce qui a été pratiqué de tout temps, et ce qui est encore pratiqué de nos jours par la plupart des chirurgiens. On s'y prend d'ailleurs de plusieurs façons.

Procédé ancien. — La pratique de Celse, si fortement vantée par Scarpa, consistait à saisir, sous forme de pli transversal, une quantité de peau suffisante pour qu'au lieu de se tourner en arrière, les cils soient obligés de regarder en avant, puis à

trancher ce pli d'un angle oculaire à l'autre, soit avec des ciseaux, soit avec le bistouri; pour cela le chirurgien se sert d'une bonne pince à dissection, en emploie même deux pour fixer le pli tégumentaire par ses deux extrémités, quand il est nécessaire de lui donner une grande longueur; et, faisant fixer ou tendre la paupière par un aide, il promène rapidement le bistouri ou les ciseaux au-dessous des pinces pendant que celles-ci tirent et tendent les tégumens en avant. Cette excision est souvent accompagnée d'un écoulement de sang fort abondant, qui finit cependant toujours par s'arrêter sans secours particuliers.

Contrairement à l'opinion d'un grand nombre de praticiens, Scarpa ne veut pas qu'on réunisse ensuite la plaie au moyen de la suture: il aime mieux refouler vers l'œil les tégumens de la face ou du front, et les y maintenir au moyen de compresses graduées et d'un bandage pendant vingt-quatre heures. On laisse ensuite la plaie se cicatriser par seconde intention en ayant soin d'en réprimer les bourgeons celluleux si le besoin finit par s'en faire sentir. En procédant de la sorte, on évite un des temps de l'opération, qui en est ainsi rendue plus prompte, et quelques douleurs aux malades; mais on s'expose d'un autre côté à voir la plaie suppurer pendant douze à vingt jours et une cicatrice vicieuse s'établir à la place. Sans être rigoureusement indispensable, la suture, qu'on pourrait, du reste, enlever au bout de vingt-quatre heures, mérite donc d'être conservée en pareil cas. C'est la suture simple ou bien la suture en faux-fil qui convient à l'entropion. A son aide, le malade est souvent guéri dès le lendemain, et sa plaie ne laisse pas la moindre trace sur la paupière quelques jours après l'extraction des fils.

Au lieu d'un pli transversal, c'était une ellipse verticale que Janson excisait pour remédier à l'entropion; il est certain que par cette direction de la plaie, on obtient *quelquefois* un meilleur résultat que par l'enlèvement d'une ellipse transversale, mais il n'en est pas moins vrai que le procédé ancien vaut *généralement* mieux que le procédé de Janson.

Procédé de M. Segond. — Voulant associer l'idée du chirurgien de Lyon à l'idée commune, M. Segond propose de réunir les deux genres d'excision, d'enlever une ellipse verticale, puis une ellipse transversale, des tégumens palpébraux

pour guérir de l'entropion ; mais on voit que l'opération deviendrait de la sorte plus longue, plus douloureuse, susceptible de plus d'accidens que par l'un des deux autres procédés, outre qu'elle laisserait presque inévitablement à la suite une cicatrice désagréable au visage. Les excisions multiples de M. Carron du Villards vaudraient mieux, pourvu qu'elles fussent parallèles.

Au demeurant, l'excision simple doit être pratiquée diversement selon la variété d'entropion qu'il s'agit de faire disparaître. S'il n'y a que le milieu du bord ciliaire de renversé, je n'excise les tégumens que vis-à-vis de ce point. Quand la maladie existe à l'angle vers l'une ou l'autre extrémité de la paupière, c'est dans ce sens que je vais chercher la peau, dont je n'enlève une bande tout-à-fait transversale que s'il s'agit d'un entropion total. Je n'ai, du reste, jamais vu qu'il fût indispensable de recourir à l'excision de Janson ou de M. Segond. L'expérience montre, au surplus, qu'il faut se rapprocher autant que possible des cils plutôt que du bord correspondant de l'orbite dans cette opération.

Procédé de l'auteur. — Je me trouve très bien, en outre, de réunir les lèvres de la plaie ainsi faite, au moyen de la suture. J'en place un seul point, si la plaie n'est pas très longue, deux ou trois dans le cas contraire. Si je veux, pour l'appliquer, ne point être gêné par le sang, je passe le fil au travers des parties avant de soulever et d'exciser le pli tégumentaire. Après avoir noué ces fils sur un des côtés de la division, j'en coupe un des bouts, et je fixe l'autre sur le front ou au-dessous de la pommette, selon la paupière malade, et en tirant assez dessus pour redresser immédiatement les cils. Je n'ai pas besoin de dire que cette variété de la suture est applicable à toutes les nuances de l'excision cutanée. Comme aucune inflammation ne survient alors, en général, il est inutile de couvrir le devant de l'œil, d'appliquer aucun bandage. Les topiques réfrigérans, résolutifs, les émolliens, les antiphlogistiques, ne deviendraient nécessaires que si de la douleur, du gonflement, un état phlegmasique, enfin, se montrait dans la paupière, bientôt après l'opération ; il est superflu d'ajouter qu'après le second ou le troisième jour, les points de suture n'ont plus aucun but, et qu'ils doivent être enlevés. M. Stiévenart, qui préfère la suture entortillée,

M. Cunier (*Annal. d'oculist.*, t. IV, p. 84), qui applique le fil autour des épingles sans exciser la peau, ont adopté ce procédé, que je mets en pratique depuis 1837, et que j'ai décrit ailleurs.

Caustiques. — Après ce qui vient d'être dit de l'excision, on a lieu d'être surpris d'entendre vanter les caustiques pour détruire la peau des paupières dans le cas d'entropion. C'est pourtant ce qui existe et ce qu'on a vu à toutes les époques de la science, chez les Grecs et chez les Arabes, chez les anciens comme parmi les modernes. Toutes sortes de caustiques ont été préconisés à ce sujet; il en est un, l'acide sulfurique, qui, proposé par M. Héling (*Bullet. de Férussac*, t. II, art. 20), a même obtenu une sorte de vogue. à Naples entre les mains de M. Quadri. La paupière étant convenablement tendue et l'œil exactement protégé, le chirurgien, armé d'une petite tige de bois qu'il trempe dans le caustique, vient en frotter doucement et en travers la peau, un peu au-dessus des cils. Il recommence ainsi deux, trois ou quatre fois de suite, c'est-à-dire jusqu'à ce que la peau se crispe, jusqu'à ce que le bord des paupières se relève par la formation d'une eschare. Les essais que j'ai faits de ce procédé prouvent qu'à son aide on peut effectivement guérir l'entropion, mais comme on le ferait à l'aide d'une brûlure quelconque, portée au troisième degré. Du reste, si on voulait employer la cautérisation, il devrait certainement être préféré, soit à la potasse, soit au beurre d'antimoine, soit au chlorure de zinc, soit surtout au fer rouge, qui a encore été vanté dans ces derniers temps. Si l'eschare, produite ainsi, laisse quelquefois à sa place une cicatrice déjà solide, lorsqu'elle tombe, au bout de dix à quinze jours, il arrive souvent aussi que l'élimination s'en fait plus long-temps attendre, et que l'ulcère qui résulte de sa chute met encore une semaine ou deux à se fermer. L'excision mérite donc, à tous égards, la préférence sur la cautérisation dans le traitement de l'entropion.

3° *Destruction et fente du bord palpébral.* — Tout en établissant que l'entropion cède, en général, aux méthodes précédentes, je n'en conviens pas moins que ces méthodes échouent aussi quelquefois. C'est pour ces cas rebelles qu'ont été imaginées les opérations qui portent sur le cartilage tarse lui-même. Je ne parle point ici de la cautérisation de ce bord avec

un morceau de potasse, conseillé par quelques-uns ; mais je dois mentionner les procédés de MM. Crampton, Guthrie, Saunders et Schræger.

Après avoir divisé perpendiculairement le bord libre de la paupière à droite et à gauche, M. Crampton réunit les deux plaies verticales qu'il a faites ainsi par une réunion transversale qui ne comprend que la conjonctive. Le tarse, taillé de la sorte, est aussitôt renversé, au moyen d'un élévateur, du côté du front ou de la pommette, puis maintenu là pendant huit à dix jours. On voit que ce procédé, dont l'idée se retrouve dans les incisions transversales, dans les anses de fil qu'on passait anciennement à travers les parties, pour mettre à même de relever la paupière déviée, comme avec un crochet, expose à une difformité manifeste, et sans offrir peut-être beaucoup plus de chance de succès que l'excision simple des tégumens.

M. Guthrie, marchant sur les traces de M. Travers, son compatriote, incise le cartilage un peu moins près des angles oculaires, prolonge son incision un peu plus haut, va même jusqu'à exciser, dans quelques cas, une portion du bord convexe du cartilage, en même temps qu'une plaque de peau, avant de le renverser sur la racine de la paupière. Par là on réussit mieux que par le procédé pur de M. Crampton, mais l'opération est plus longue encore, plus douloureuse et plus désagréable dans ses conséquences.

Après ces procédés, on n'a rien trouvé de mieux que l'incision proprement dite du bord palpébral renversé. M. Schræger, qui se borne, lui, à enlever un triangle, une sorte de V, comme pour créer dans la paupière un coloboma, ne réussirait véritablement que s'il s'agissait d'enlever une touffe de cils déviés; car la plaie qu'il établit ainsi serait plutôt de nature à déterminer un entropion qu'à en guérir. Le procédé de Saunders, qui, à l'instar de quelques chirurgiens du dernier siècle, et comme M. Travers l'a conseillé depuis, veut qu'on excise, avec des ciseaux ou avec le bistouri, toute la portion libre du cartilage tarse, soit sous forme de ruban, soit en manière de demi-lune, vaudrait évidemment mieux. Toutefois, ce que je viens de dire laisse assez entrevoir, il me semble, que les procédés qui appartiennent à cette classe de ressources ne sont que des opérations en désespoir de

cause, purement exceptionnelles, et sur le succès desquelles on aurait tort de trop compter.

4° Que dirai-je de cette pratique attribuée à Guérin, à Physik, à Béclard, à Bouchet, et qui consiste à fendre verticalement le bord libre de la paupière, comme pour relâcher le muscle orbiculaire, si ce n'est qu'on produirait de la sorte une difformité irremédiable, sans même avoir la chance de guérir de l'entropion. Fendre la commissure externe ou l'extrémité temporale de la paupière renversée, comme le veut M. Jacob, serait un peu moins mauvais.

En définitive, il n'y a, pour dissiper l'entropion, quand les moyens simples ont échoué, que l'excision raisonnée des tégumens, ou bien la destruction même du cartilage tarse renversé.

Je dois dire encore, néanmoins, que tenir la paupière abaissée ou relevée, selon qu'il s'agit de celle d'en bas ou de celle d'en haut, au moyen de deux bandelettes de taffetas gommé, m'a souvent réussi dans les cas d'entropion simple. S'il était possible, comme le veut Demours (*Précis*, etc., p. 155), d'obtenir des malades qu'ils se tinssent la paupière renversée pendant trois jours et trois nuits, sans discontinuer, avec les doigts, on réussirait également dans quelques cas; mais où trouver une pareille patience, une ténacité semblable?

Ectropion. — Le renversement des paupières en dehors, ou l'ectropion, comprenait, chez les anciens, la *lagophthalmie*, quand il portait sur la paupière supérieure, et le *tiraillement de l'œil*, quand la paupière inférieure en était le siége: ce que j'en dirai ici doit donc s'entendre de ces deux genres de difformités. Les causes de l'ectropion appartiennent à trois catégories: les différens genres de boursouflement, soit aigu, soit chronique, de la conjonctive palpébrale, forment la première; la seconde est constituée par les simples divisions, sans déperdition de substance du bord des paupières vers l'un ou l'autre des angles de l'œil; les différentes brides, cicatrices ou indurations, que mille circonstances diverses peuvent amener sur le contour de l'orbite et la peau des paupières, représentent la troisième. Je ne parle point de l'ectropion causé par la buphthalmie, par l'hydrophthalmie, par l'exophthalmie, par des tumeurs de la face ou du crâne, par la paralysie des muscles du visage.

Lorsque l'ectropion résulte d'une conjonctivite aiguë, il disparaît presque constamment, et sans traitement particulier, avec l'ophthalmie qui l'a fait naître; il est inutile alors de s'en occuper. Celui qui dépend d'une blépharite chronique, sans dégénérescence de la conjonctive, s'efface aussi quelquefois de lui-même à la longue, et mérite à peine le titre de difformité; mais s'il tient à quelques cicatrices vicieuses, à quelques brides de la peau, à d'anciennes divisions mal réunies du bord des paupières, l'ectropion ne guérit jamais sans l'intervention de l'art; c'est, d'ailleurs, un état dont la gravité offre de nombreux degrés. Si la paupière supérieure en était affectée par simple boursouflement de la conjonctive, il n'en résulterait aucun inconvénient fonctionnel, et il ne faudrait s'en plaindre que comme d'une difformité peu agréable à voir. A la paupière inférieure, le mal, parti de la même source, offre un inconvénient de plus, en ce qu'il gêne le passage des larmes dans les conduits lacrymaux, et provoque ainsi le plus souvent un véritable épiphora.

Si l'ectropion résulte d'un raccourcissement de la peau, de cicatrices mal distribuées, il peut encore, s'il est léger, s'il n'empêche pas absolument les paupières de se fermer, ne troubler que fort peu les fonctions de l'œil; mais toutes les fois qu'il est porté très-loin, que le renversement du tarse est considérable, outre l'épiphora et la difformité choquante qui en résultent, l'ectropion expose encore aux différentes sortes d'ophthalmies, particulièrement à la kératite ulcéreuse, à la kératite vasculaire, aux opatites de la cornée, en privant l'œil de ses abris naturels.

L'ectropion existe d'ailleurs beaucoup plus souvent à la paupière inférieure qu'à la paupière supérieure. On l'observe tantôt vers l'angle interne, tantôt vers l'angle externe, tantôt vers le milieu, tantôt dans toute la longueur de la paupière.

On voit ainsi que la chirurgie doit être fréquemment mise en demeure de secourir les personnes affectées du renversement externe des paupières. Aujourd'hui, l'opération connue sous le nom de *blépharoplastie* est souvent employée à cet effet; toutefois, avant d'en examiner les préceptes et les formes diverses, je crois devoir parler brièvement des moyens qu'on oppose à l'ectropion proprement dit.

Dans l'ectropion par exubérance de la membrane muqueuse,

les remèdes indiqués, en parlant des blépharites, suffisent ordinairement, s'il ne date que de quelques semaines ; ancien, et à l'état chronique, il cède encore quelquefois sous l'influence des collyres secs. Le calomel et le sucre, la tuthie, l'oxyde blanc de bismuth finement porphyrisé, m'ont procuré des succès réels en les mettant par pincées, matin et soir, sur toutes les parties engorgées. La cautérisation avec le nitrate d'argent est un autre moyen dont je me suis servi avec avantage, quand la conjonctive était plus fortement épaissie, et le nitrate acide de mercure, que j'emploie dans les cas véritablement rebelles, m'a paru préférable au fer rouge, employé ici par Guillaume de Salicet, M. J. Cloquet, etc.

En supposant que les collyres secs ou liquides, que les caustiques restassent sans succès, il faudrait avoir recours à l'*excision* de la conjonctive boursouflée ; passer un fil à travers la peau, près des cils, pour redresser la paupière, en tirant dessus ; mettre à la place de ce fil des bandelettes emplastiques, dont on fixe l'autre extrémité sur le front pour la paupière inférieure, sur la face pour la paupière supérieure, serait infiniment moins sûr et moins facile. Pendant qu'un aide maintient la paupière renversée, le chirurgien embrasse de la main gauche, avec des pinces à disséquer, un repli de la membrane malade, assez large pour ramener les cils à leur direction naturelle, et agir là sur la conjonctive comme on agit sur la peau dans le traitement de l'entropion par l'excision. On se comporte ensuite comme si le malade était affecté d'une ophthalmie traumatique ordinaire. Raccourcie par sa face interne, la paupière se redresse peu à peu, et reprend sa position normale à mesure que la plaie se cicatrise. On pourrait encore, comme du temps de Paul d'Égine, remplacer les pinces par un fil passé d'un angle oculaire à l'autre, pour soulever la conjonctive et en permettre l'excision ; mais les pinces valent évidemment mieux.

S'il est vrai que l'excision de la conjonctive ait été pratiquée autrefois par une foule de chirurgiens, il l'est aussi que M.-A. Severin est le premier qui en ait fait un véritable précepte. Les observations du célèbre Italien (*Médecine efficace*, partie II, chap. XXXIII) n'en étaient pas moins oubliées, comme celles de ses prédécesseurs, lorsque Bordenave (*Mém. de l'Acad. de chirurg.*, t. XVI, p. 80) vint en faire ressortir les avantages

Quelques chirurgiens ont pensé qu'il serait bon, l'excision de la conjonctive étant opérée, de relever aussitôt le bord de la paupière du côté de l'œil, et de la maintenir ainsi redressée au moyen de bandelettes emplastiques ou de quelques bandages, afin de favoriser le rapprochement des lèvres de la plaie. D'autres, et Dzondi encore, sont allés jusqu'à proposer l'excision des cicatrices cutanées, quand il en existe, ou bien de pratiquer une incision en demi-lune sur la racine de la paupière, pour mettre le bandage ou les bandelettes à même d'en redresser plus facilement le bord ciliaire. Il est vrai, comme le remarque M. Cunier (*Frag. de chirurg.*, p. 59), que le procédé de Bordenave, que les modifications attribuées à Dzondi, à M. Lisfranc, et à quelques autres modernes, se trouvent indiquées dans Guillon-Dolois (*Cours de méd.*, in-4°; Lyon, 1678), puisque cet auteur s'exprime ainsi, en traitant de l'*œil éraillé* (p. 92) : « Il faut, dit-il, prendre une aiguille enfilée, laquelle sera passée le plus bas que faire se pourra de la supercroissance de chair; puis avec ledit fil sera icelle soulevée, ensemble la paupière, et avec la pointe des ciseaux sera petit à petit coupée, ou avec un bistori courbé, tout d'un coup, si faire se peut... Mais si la cause de ce mal vient pour avoir trop coupé la paupière, ou pour brûlure, cicatrice ou couture mal faite, il faut faire une incision sur la peau d'icelle partie externe, quelque peu éloignée du cillon, laquelle commencera vers le coin de l'œil, finissant à l'autre en forme de croissant, puis on séparera les bords, mettant entre deux de la charpie. » Mais il est évident que ces prétendus perfectionnemens de la méthode dite de Bordenave sont plus propres à en compromettre qu'à en favoriser le succès. Du reste, il importe que l'excision de la conjonctive soit pratiquée plus près du bord libre que du bord convexe du cartilage tarse.

L'ectropion dû aux divisions anormales du bord des paupières, ainsi qu'on l'observait souvent jadis à la suite des opérations de fistule lacrymale, exigerait, quel qu'en fût le siége, qu'on avivât les deux côtés de l'échancrure, et qu'on les réunît ensuite, à l'aide d'un ou plusieurs points de suture, comme dans toute espèce de coloboma.

Si le renversement de la paupière par cicatrice, par altération du tissu cutané, existe sans déperdition considérable de substance, on a essayé d'y remédier par l'une des opérations suivantes :

Les *incisions*, soit en demi-lune, soit transversales, dont on tenait les lèvres écartées à l'aide de charpie ou de tout autre corps étranger, les excisions de brides, de cicatrices, tant employées par les anciens, ne sont plus aujourd'hui d'aucun usage. Il est pourtant vrai qu'à leur aide on réussit quelquefois. A. Petit (*Observations cliniq.*, p. 175, observ. XCIV) en rapporte un exemple curieux. Pellier de Quingsy (*Observations sur l'œil*, p. 512), M. Malvani (*Archiv. gén. de méd.*, t. XXI, p. 273), montrent également que cette ancienne méthode ne mérite pas le blâme que les modernes ont généralement déversé sur elle; c'est un procédé infidèle, et voilà tout.

Procédé d'Adams. — Lorsque l'excision de la conjonctive paraît insuffisante, M. Adams veut qu'on excise un V de toute l'épaisseur de la paupière renversée; les deux bords de la division sont ensuite réunis au moyen de la suture entortillée. Pour cela on saisit le triangle de paupière à enlever entre les mors d'une bonne pince, puis on en coupe les côtés, soit avec de forts ciseaux, soit avec le bistouri. Une épingle, passée le plus près possible de l'extrémité ciliaire des lèvres de la plaie, et que je place de préférence avant d'exciser le tarse, suffit ordinairement avec quelques anses de fil pour en procurer la réunion. Rien, d'ailleurs, n'empêcherait d'en placer deux si on le jugeait convenable. C'est un procédé que j'ai souvent employé avec succès, et qui réussit en raccourcissant le bord libre du cartilage tarse. J'ai, d'ailleurs, remarqué une circonstance assez singulière chez un homme que j'y avais soumis pour un ectropion médiocre des deux paupières inférieures. La suture entortillée ne réussit que d'un côté. Revoyant le malade six semaines après, je m'aperçus avec étonnement que l'ectropion était moins complètement effacé de ce côté-là que du côté où la suture avait échoué. Par ici, la petite échancrure s'était graduellement comblée, resserrée, de manière à redresser parfaitement la paupière, tandis que, du côté opposé, le tarse laissait encore voir une légère bordure rouge.

Il est, du reste, juste de dire que M. Middlemore (vol. II, p. 792), qui rapporte le procédé de M. Adams à Banister, et qui regarde ce procédé comme une *mauvaise imitation* de celui d'Antyllus, se trompe évidemment. M. Cunier, qui le rapporte (*Fragm. de chir.*, p. 59) à Guillon-Dolois, se trompe également. Guillon-Dolois décrit le procédé d'Antylus dans toute sa sim-

plicité primitive, et non pas le procédé de M. Adams. «Que si la paupière se renverse toujours, dit-il (*De la beauté et santé corporelle de l'œil*, liv. I, chap. 26, p. 92), il faudrait faire deux incisions obliques dans la partie intérieure, lesquelles commenceraient au milieu, et partie inférieure d'icelle, tirant toutes obliquement, l'une vers le petit canthus, l'autre vers le grand, près du çillon, et assemblant l'une et l'autre, on ostera et emportera une pièce semblable à un grand *delta*, évitant de trancher et inciser la peau, de sorte que la pointe soit au bas et profond de l'œil, et l'ouverture large soit contre mont et près du çillon». C'est là sans doute aussi ce que d'autres ont attribué à Physik, à M. Bouchet.

M. Walther (*Bullet. de Férussac*, t. XIII, p. 77), qui, après avoir arraché les cils, saisit avec des pinces l'extrémité externe de la paupière inférieure, qu'il excisa jusqu'à la tempe, qui en fit autant pour la paupière supérieure, et qui enleva le lambeau de partie molle, ainsi limité, pour réunir ensuite de haut en bas les deux lèvres de la plaie par deux points de suture, n'a évidemment fait que reproduire le procédé d'Adams, en l'appliquant à l'ectropion de l'extrémité externe des paupières.

Supposant que le renversement de la paupière tenait, dans un cas qu'il avait sous les yeux, à la contraction spasmodique du muscle orbiculaire, M. Key découvrit ce muscle, et en excisa une petite portion; l'opération eut un plein succès, et pourrait être imitée aujourd'hui avec avantage par la méthode sous-cutanée, s'il était bien constaté que la rétraction du muscle orbiculaire suffit, en effet, pour produire l'ectropion.

M. Dieffenbach (*Bullet. de Férussac*, t. XXVI, p. 97), qui veut que, par une fente des tégumens, on aille chercher le bord convexe du cartilage tarse pour le ramener et le fixer au dehors au moyen de la suture, ne me paraît avoir créé qu'une méthode tout-à-fait exceptionnelle; je ne vois réellement, lorsque l'excision de la conjonctive, ou le procédé d'Adams, ou la simple section des brides cutanées, restent sans succès, que les procédés de la blépharoplastie qui puissent remédier à l'ectropion.

Quelques essais trop incomplets encore pour être mentionnés ici en détail me portent, du reste, à penser que la méthode dite d'Antyllus pourrait bien être préférable au procédé d'Adams.

L'excision d'un triangle de la conjonctive et du cartilage tarse, en ayant soin de conserver la peau et les cils vers lesquels doit correspondre la base du triangle, m'a donné un résultat auquel je ne m'attendais guère. La plaie, ainsi produite, s'est refermée d'elle-même, par seconde intention, en redressant la paupière, et sans laisser de cicatrice à l'extérieur. La peau, maintenue intacte, rend ainsi la suture inutile et l'opération extrêmement simple.

Blépharoplastie. — Outre l'ectropion et quelques cas d'entropion qui la réclament par fois, on a dû voir, dans le courant de cet article, que la blépharoplastie, ou reconstruction des paupières, est fréquemment indiquée. C'est une opération qui viendrait protester contre l'adage de Celse, annoncé plus haut, si l'auteur latin avait eu en vue autre chose que l'absence totale des paupières. Il est, en effet, bien prouvé maintenant que les paupières déformées ou partiellement détruites peuvent être passablement raccommodées à l'aide de la blépharoplastie; mais on aurait tort de croire qu'il est possible à la chirurgie de les reconstruire en entier.

La blépharoplastie, qui fut acceptée comme une opération nouvelle, en 1833, à Paris, quoique j'eusse rappelé, en 1831, les succès qu'elle avait alors obtenus, quoiqu'elle fût décrite dans l'ouvrage de Weller (t. I, p. 129), est déjà une méthode opératoire assez ancienne. Graeffe y eut recours à peu près en même temps qu'à la rhinoplastie, et Dzondi en traita avec quelque soin, en 1818. M. Fricke (*Journ. des progrès*, 2e série, p. 56, 80) en fit un essai décisif au mois de mai 1829. Vers le même temps, M. Jungken (*Archiv. gén. de méd.*, t. XXVII, p. 257) publia deux faits relatifs à des tentatives semblables, mais qui avaient complétement échoué. Elle ne fut omise ensuite ni par M. Langenbeck, ni par M. Rust, ni par M. Blasius, dans leurs traités généraux. On trouve encore, à l'étranger, les dissertations de M. Dreyer (Vienne, 1831), de M. Staub (Berlin, 1830), et surtout celles de M. Peters (Leipzig, 1836), avec les articles que lui ont consacrés MM. Dieffenbach et Van Ammon, qui montrent où en était la pratique sur ce point il y a huit à dix ans. MM. Blandin, Jobert, Caron du Villards, Robert, en ont aussi fait connaître plusieurs observations.

Parmi nous, un exemple remarquable en a été communiqué à l'Académie royale de Médecine, en 1840, par M. Boyer

(de Saintes), et un autre, par M. A. Bérard ; elle a été pratiquée aussi avec succès par MM. B. Schwaerer et Burow (*Archiv. gén. de méd.*, novembre 1839, p. 369, 370). Opérant chez une jeune femme pour un ectropion de la paupière inférieure, suite de brûlure, M. Wilcox en a obtenu un très beau succès de son côté, en Angleterre (Middlemore, vol. II, p. 728). Je l'ai moi-même pratiquée maintenant (janvier 1840) sept fois.

Comme toutes les autres anaplasties, la blépharoplastie comprend plusieurs genres, quoique personne n'ait eu la pensée de lui appliquer l'anaplastie par transplantation, ni même l'anaplastie à la manière italienne. Quel que soit, du reste, le procédé qu'on adopte, la blépharoplastie n'offrira quelque chance de succès que si la peau et le tissu cellulaire ou fibreux sont seuls détruits. C'est par inadvertance, sans doute, que quelques chirurgiens ont dit avoir complétement reproduit toute l'épaisseur d'une paupière. Je dirai, à la fin de cet article, ce qu'il faut croire des assertions émises à cet égard.

Les trois procédés que la pratique ait à conserver pour la restauration des paupières appartiennent l'un à Graeffe ou à Dzondi, et à M. Fricke, l'autre à M. Dieffenbach, et le troisième à M. Jones. J'y en ajouterai un quatrième.

Méthode indienne ou de Graeffe. Dans cette méthode, que j'ai mise en pratique deux fois pour la paupière supérieure, une fois pour la paupière inférieure, en quelque sorte la seule qu'on ait essayée à Paris, on commence par exciser les cicatrices qui déforment la paupière, afin d'établir là une plaie régulière. S'il n'y a pas de tissu inodulaire, on incise la peau en travers, afin d'allonger l'organe raccourci ou de se créer un espace qui permette de l'allonger en y rapportant une pièce. Cela fait, on taille dans le voisinage un lambeau qui, contourné sur l'un de ses bords, est ramené et fixé par un nombre suffisant de points de suture simple ou entortillée sur la déperdition de substance de la paupière. S'il s'agit de la paupière supérieure, M. Fricke prend son lambeau au-dessus de l'extrémité externe du sourcil, et le ramène aussitôt par son bord antérieur jusqu'au bord inférieur de la paupière, tandis que son bord postérieur en gagne peu à peu le bord supérieur. Pour la paupière inférieure, M. Fricke taille le lambeau sur la face externe de la pommette, et le ramène d'ailleurs par le même mécanisme sur le vide à remplir.

Cette méthode de Graeffe ou de Dzondi, que M. Fricke a soigneusement exposée, a subi de la part de M. Van Ammon une modification qu'il me paraît bon de conserver. Ce chirurgien s'y prend de manière que la plaie du lambeau et la plaie de la paupière se continuent en forme d'L majuscule. La branche horizontale de l'L est ensuite remplie au moyen du lambeau, tandis que sa branche verticale reste libre.

Chez le premier malade que j'ai opéré, je m'y suis pris comme Dzondi, en me soumettant aux règles de l'anaplastie indienne. Le lambeau que j'avais pris sur le front fut renversé, tordu et abaissé comme un pont sur la plaie de la paupière. Dans un second cas, j'empruntai le lambeau à la partie supérieure de la pommette, et je me rapprochai un peu du procédé de M. Fricke. Que l'on suive le procédé de Dzondi, celui de M. Fricke, ou celui de M. Van Ammon, dans la construction du lambeau, toujours est-il que je proposerai les règles suivantes : 1° pour la paupière inférieure, le lambeau sera taillé vers la région temporale, afin que sa racine et la plaie tendent par leur rétraction naturelle à entraîner la paupière par en haut ; 2° que, pour la paupière supérieure, et par les mêmes raisons que précédemment, le lambeau soit plutôt taillé du côté de la pommette ; 3° que le lambeau ait au moins deux fois les dimensions qu'on voudrait lui voir conserver plus tard ; 4° qu'il soit fixé par des points nombreux de suture plutôt que par des emplâtres et la compression ; 5° qu'il ait un pédicule aussi large, aussi vasculaire, aussi épais que la disposition des parties pourra le permettre ; 6° enfin, qu'il soit cousu ou fixé le plus près possible du bord libre des paupières.

Blépharoplastie par inclinaison du lambeau. — Empruntant des préceptes à l'anaplastie de Franco ou de Chopart, M. Dieffenbach est parvenu à créer une blépharoplastie fort différente de celle dont je viens de parler. Les cicatrices étant excises, il taille un lambeau de grandeur suffisante à côté de la nouvelle plaie, et de manière que ce lambeau figure un trapèze. Son bord interne est représenté par la lèvre externe de la plaie, tandis que son bord supérieur ou inférieur (selon la paupière à restaurer) a été séparé sur une ligne qui prolongerait en dehors la commissure palpébrale externe. Pour le construire, il faut, en conséquence, pratiquer une incision horizontale qui se prolonge plus ou moins de l'extrémité externe des paupières

vers la tempe; puis une incision verticale ou un peu oblique qui doit avoir une longueur à peu près double de celle de l'incision horizontale. Circonscrit par ces incisions et par l'excision des cicatrices, le lambeau est aussitôt disséqué jusqu'à sa racine; il n'y a plus qu'à l'entraîner en dedans sans le tordre, de manière à pouvoir en coudre le bord interne sur la lèvre de l'excision préalable, et le bord libre par son angle avec les tégumens qui avoisinent le bord ciliaire de la paupière correspondante à l'endroit de leur commissure externe. Ce lambeau prend ainsi la place des parties qu'on a cru devoir enlever.

Un malade que j'ai soumis à cette méthode pour l'ectropion de la moitié externe de la paupière inférieure s'en est assez bien trouvé. Le procédé de M. Dieffenbach n'en a pas moins l'inconvénient de nécessiter un décollement considérable des tissus, d'exposer à la mortification du lambeau, et de ne s'appliquer avec avantage qu'aux déperditions de substances plus longues que larges.

Procédé de Jones. — M. Jones (*Encyclographie des sciences médicales*, 1826, p. 91) s'y prend d'une autre façon : tirant une incision de chaque extrémité de la paupière malade, il circonscrit un lambeau en V, dont la pointe regarde ou la pommette ou le front, selon qu'il opère au-dessus ou au-dessous de l'œil. On dissèque alors ce triangle de la pointe vers sa base dans la moitié de sa longueur, ce qui permet d'allonger la paupière ou de la redresser en tirant sur elle. Trois points de suture rétrécissent le sommet du triangle d'où ce lambeau a été détaché, et lui ferment toute voie de retour; on le fixe, d'ailleurs, lui-même par ses bords, après l'avoir refoulé vers les cils par d'autres points de suture aux côtés de la plaie.

J'avais essayé cette méthode sur le cadavre, et j'en avais été tellement satisfait que je m'apprêtais à la mettre en usage chez une jeune fille, lorsque j'appris qu'elle avait complétement échoué entre les mains de M. Bérard, et qu'un malade opéré par M. Sanson en était mort. Depuis 1837, j'y ai pourtant eu recours dans trois cas différens, et toujours à la paupière inférieure: elle a été d'une exécution prompte et facile, le succès immédiat en a été complet; mais je dois ajouter que la suppuration s'est toujours établie au fond dela plaie, que quelques points des bords du lambeau se sont mortifiés, et que le résultat définitif m'a constamment laissé quelque chose à désirer.

Autre procédé. — Une méthode que je n'ai mise en pratique qu'une fois jusqu'ici, et qui diffère essentiellement des précédentes, consiste, pour la paupière inférieure, à tailler un lambeau triangulaire dont la pointe doit répondre au côté de la racine du nez, presque au devant du sac lacrymal, ou bien à l'apophyse orbitaire externe, tandis que sa base reste adhérente sur la pommette ou au-dessous de l'orbite. Ayant détaché la pointe de ce lambeau, je le dissèque de haut en bas dans une partie de son étendue, mais plus largement du côté du visage que du côté de l'orbite, puis j'en retranche un peu plus ou un peu moins, un centimètre, par exemple, et carrément du côté de la pointe; je le tire et l'entraîne dès lors pour en aller recoudre le sommet tronqué, puis le bord inférieur avec les parties dont il été détaché: en agissant de la sorte, on relève d'une manière étonnante, en la relâchant, toute la paupière. L'opération pratiquée en dedans ou vers le nez suffit dans la la plupart des cas, notamment lorsque l'entropion est plus prononcé vers l'angle interne que du côté de la tempe. Appliquée au côté opposé, elle réussirait dans les cas contraires, et je crois qu'il y a des cas où elle devrait être appliquée en même temps des deux côtés; j'ajouterai que sans la suture la pointe du lambeau, entraînée peu à peu par la cicatrisation, conduirait, selon toute apparence, au même résultat.

Je ne terminerai point cet article sans répéter ce que j'ai dit ailleurs de la blépharoplastie. De quelque manière qu'on s'y prenne, en effet, la paupière la mieux reconstruite manque rarement de se déformer de nouveau. Tantôt le lambeau d'emprunt se resserre tellement qu'il revêt la forme d'une petite tumeur, d'une bosselure plus ou moins inégale, tantôt il finit par tirer la paupière restaurée dans un sens ou dans l'autre, à la manière d'une bride inodulaire. Il y aurait folie, d'un autre côté, à croire qu'un lambeau purement tégumentaire remplacera jamais, et de tous points, une paupière dont le muscle orbiculaire ou le cartilage tarse aurait été détruit. On conçoit, en outre, que les cils ne peuvent point être reproduits par ce genre d'opération: il en résulte que, pour les déformations purement cutanées, la blépharoplastie bien appliquée est une ressource véritablement précieuse; que, même en l'absence du muscle orbiculaire, elle peut être d'un certain secours si les cils et le cartilage tarse ont été conservés. Dans les cas de destruction plus profonde, elle n'est point encore à

rejeter, attendu qu'elle fournit à l'œil un abri contre l'action de l'atmosphère et les causes d'inflammations de la cornée; mais on aurait tout-à-fait tort de compter alors sur la création d'une véritable paupière, de promettre aux malades qu'on les débarrassera complétement de leur difformité. Mieux vaut une paupière informe que rien, mais il ne faut pas se faire illusion au point de croire que la blépharoplastie permet de construire une paupière semblable à celle de l'état normal, quand il s'agit d'en fabriquer une de toutes pièces. VELPEAU.

PAVOT (*Papaver*). — C'est un genre de plantes qui a donné son nom à la famille des Papavéracées, et qui a été rangé par Linné dans la Polyandrie monogynie. On le reconnaît à ses grandes fleurs solitaires et terminales, à son calice caduc et bisépale, à sa corolle de quatre pétales réguliers très larges et se recouvrant par leurs côtés, à ses étamines fort nombreuses et à sa capsule globuleuse ou ovoïde, terminée par un disque plane et rayonné formé par le stigmate persistant, et s'ouvrant par de petits trous qui se trouvent au-dessous des lobes du stigmate. Cette capsule est à une seule loge, offrant intérieurement plusieurs lames saillantes en forme de cloisons, et portant les graines.

Parmi les espèces nombreuses de ce genre, il n'en est pas de plus intéressante que le Pavot somnifère (*Papaver somniferum*, L. Rich., *Bot., méd.*, t. II, p. 469) également connu sous le nom de *pavot des jardins*. C'est une plante annuelle, originaire d'Orient, mais aujourd'hui naturalisée dans presque toute l'Europe, où on la cultive non-seulement comme plante économique, mais aussi pour l'ornement. Sa tige, qui est glabre, cylindrique, glauque et presque simple, s'élève à une hauteur de trois à cinq pieds et même au-delà. Ses feuilles sont alternes, sessiles, aiguës, profondément et irrégulièrement dentées; ses fleurs sont terminales, solitaires, très grandes, blanches ou violacées, d'abord penchées avant leur épanouissement, puis entièrement dressées. Les capsules sont globuleuses. Cette espèce offre deux variétés : l'une, connue sous le nom de *pavot noir*, a ses fleurs purpurines, ses capsules moins grosses et ses graines noirâtres; l'autre, ou le *pavot blanc*, a ses fleurs blanches, ses capsules plus volumineuses, et ses graines blanchâtres. Elle est généralement plus grande dans toutes ses

parties, et c'est elle surtout que l'on cultive pour les usages médicaux. C'est, en effet, en pratiquant à la capsule de cette espèce, un peu avant l'époque de sa maturité des incisions en différens sens, que l'on obtient l'*opium* (*voy.* ce mot).

Ces capsules, connues sous le nom de *têtes de pavot*, paraissent contenir les mêmes principes que l'opium, mais en plus petite proportion. Le rapport n'a pas été établi d'une manière précise à cause de la composition variable des pavots suivant les lieux où ils croissent, les pavots du midi étant plus actifs que ceux du nord, et suivant l'époque où ces capsules ont été récoltées. En effet, pour jouir de toutes leurs propriétés, elles doivent être recueillies avant la mâturité des graines, lorsqu'elles sont encore très succulentes. Ce sont ces capsules fraîches qui, substituées aux capsules sèches du commerce, ont produit surtout des accidens narcotiques. L'infusion de ces capsules sèches, à la dose de 32 gram. (une caps. moyenne pèse environ 4 gram.) pour un litre d'eau bouillante, est sédative, et est employée en potion, en lotions. Pour les lavemens on doit employer une dose moindre.

On prépare encore avec ces capsules divers extraits, qui, suivant M. Dublanc, contiennent les proportions suivantes de morphine : 1 part. de morph. = 95 p. d'extr. alcool., 443 d'extr. de suc de pavot par expression, 1700 d'ext. par inf. des cap. sèches. — Le sirop diacode ou de pavot blanc, préparation si usitée, à laquelle quelques pharmaciens substituent à tort le sirop d'opium, est composé dans les proportions suivantes : extr. alcool. de pavot, 16 ; eau dist., 125 ; sirop simple, 1500. Chaque once (32 gr.) contient 1 grain ou 5 centign. d'extr. de pavot. Ce mode de préparation donne un sirop plus actif que l'ancien, composé autrefois par la digestion des capsules dans l'eau. Le sirop diacode a une action sédative très prononcée, sans avoir les inconvéniens de l'opium, ce qui le rend très utile chez les femmes, les enfans, et, en général, chez les individus faibles et susceptibles (Querauger, *Obs. chim. et pharmac. sur la prépar. du sirop diacode.* Dans le *Journ. de chim. méd.*, t. VII, p. 641).

Les graines contenues dans ces capsules sont fort petites et excessivement nombreuses. Elles sont formées de mucilage et d'huile grasse, qui constitue à elle seule environ le quart de leur poids. Ces graines ont une saveur douce et agréable, et depuis un temps immémorial, elles servent d'aliment, soit

crues, soit après avoir été légèrement torréfiées. Quant à l'huile grasse que l'on exprime, elle a une couleur légèrement ambrée, une saveur douce; elle peut remplacer l'huile d'olives pour les usages de la table. On prétend même que les marchands l'y mélangent presque constamment dans des proportions plus ou moins grandes. Cette huile, qui a reçu le nom d'*oliette* (d'*olium*, petite huile), ne se fige pas par le froid; elle est siccative comme celle de lin.

Les mêmes propriétés se remarquent dans les diverses espèces de pavot, quoique avec moins d'énergie. Les pétales du coquelicot (*Papaver rhœas*, L.) sont également calmans.

A. RICHARD.

PEAU. — § I. CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES. — La peau est une membrane qui, chez l'homme, recouvre toute l'étendue de la surface du corps, dont elle indique la forme et les saillies superficielles; elle n'offre en aucun point d'interruption dans sa continuité, et fait immédiatement suite à la membrane muqueuse des cavités intérieures, aux ouvertures du nez, de la bouche, de l'anus, des parties génitales et urinaires, des yeux, des conduits auditifs et de ceux des mamelles. Sa surface externe, qui est en contact avec l'atmosphère et les corps extérieurs, présente un grand nombre de rides et de plis qui dépendent de la contraction des tissus sous-jacens, ou de la flexion des parties, comme on le voit aux articulations; ces plis peuvent devenir accidentellement plus nombreux par suite de l'amaigrissement du corps. On y remarque aussi des lignes saillantes plus ou moins contournées, séparées par d'autres lignes enfoncées, qui sont surtout apparentes à la paume des mains et à la plante des pieds : elles sont formées par des séries de papilles. Une autre dépression à peu près linéaire existe aussi sur une certaine étendue de la ligne médiane, en avant et en arrière du torse. Indépendamment de ces plis et de ces saillies linéaires, la surface libre de la peau présente encore une infinité de petites ouvertures arrondies, plus ou moins apparentes suivant les régions, qui sont autant d'orifices des follicules sébacés, et d'autres dépressions plus petites encore, correspondant à la base de chaque poil.

Cette face externe de la peau est généralement lisse, humectée par la matière que sécrètent les follicules ainsi que par l'humeur de la transpiration insensible : enfin, elle offre une

coloration variable suivant les races et les individus d'une même race. La face interne de la peau est adhérente plus ou moins intimement aux parties qu'elle recouvre, au moyen d'un tissu cellulaire que parcourent de grosses veines, et dans lequel se ramifie un nombre infini de vaisseaux sanguins, lymphatiques, et de filets nerveux; son union est généralement assez lâche pour permettre des glissemens étendus, et qui le sont plus encore quand des BOURSES MUQUEUSES (*voy.* ces mots) se trouvent immédiatement sous la peau. Au crâne, au nez, au dos, à l'abdomen, etc., le tissu cellulaire sous-cutané est plus dense, et là aussi cette membrane a très peu de mobilité; dans d'autres points, comme au talon, à la paume des mains, etc., le tissu cellulaire a toute l'apparence du tissu ligamenteux, tandis qu'il est rougeâtre, analogue au tissu musculaire, dans les grandes lèvres de la vulve, dans le scrotum. Enfin, dans quelques points, la peau est doublée par de véritables muscles semblables au pannicule charnu des mammifères. On observe, en outre, dans beaucoup de régions, du tissu adipeux mêlé au tissu cellulaire sous-cutané; l'un et l'autre pénètrent dans l'épaisseur de la peau.

La structure intime de la peau a été l'objet de recherches nombreuses et d'opinions très diverses. Avant de parler des plus récentes, je vais retracer ici ce que l'anatomie a le plus positivement démontré dans l'organisation de cette membrane. Elle est formée de deux couches bien distinctes, l'une profonde, et l'autre superficielle. La première, nommée *derme* ou *corium*, est fibro-cellulaire, et comprend à elle seule, à peu près, la totalité de l'épaisseur de la peau. Sa face interne, qui est unie au tissu cellulaire sous-cutané, offre un grand nombre d'excavations alvéolaires qui pénètrent obliquement dans l'épaisseur du derme, et dont la grandeur varie suivant les régions: elles sont larges à la main, à la plante des pieds, à l'abdomen, etc., plus petites au cou, à la face, etc., et pour ainsi dire microscopiques à la face dorsale de la main et du pied, au front, au scrotum, aux grandes lèvres. Ces cavités aréolaires contiennent du tissu adipeux, et sont traversées par les nerfs et les vaisseaux de la peau; leurs bords se continuent avec le tissu cellulaire sous-cutané; leur sommet ou leur fond est percé d'ouvertures très étroites, correspondant à la face externe du derme. Cette face externe du derme présente aussi, dans divers points de son étendue, de petites éminences papillaires. Ces éminences, qu'on désigne collectivement sous le

nom de *corps papillaire*, que beaucoup d'anatomistes ont décrites et figurées, tandis que d'autres en ont mis l'existence en doute, sont de petites saillies généralement conoïdes, très molles, paraissant contenir un grand nombre de filets nerveux dépouillés de leur névrilème, et de vaisseaux capillaires qui jouissent d'une disposition érectile. C'est à ces *papilles* que sont dues les lignes saillantes, parallèles, et diversement contournées, qu'on remarque à la face palmaire des doigts et des mains, à la plante des pieds; elles n'offrent plus une situation aussi régulière au gland, aux mamelons, aux lèvres, etc., où elles sont très-distinctes; mais nulle part leur développement n'est aussi remarquable qu'à la langue. Enfin, elles cessent d'être apparentes dans les autres régions du corps, où les parties qui les constituent ne forment plus qu'un réseau nerveux et vasculaire à la surface extérieure du derme.

Le derme, ou chorion, comprend à lui seul à peu près la totalité de l'épaisseur de la peau. Il est formé par un tissu dense, résistant, blanc, et plus ou moins rougeâtre, suivant la quantité de sang retenu dans les vaisseaux qui le parcourent, très analogue, par ses caractères anatomiques, avec le tissu cellulaire et le tissu fibreux. La trame aréolaire plus ou moins serrée qui le constitue reçoit un nombre infini de vaisseaux sanguins et lymphatiques, et de nerfs qui pénètrent par les aréoles dont la face interne du derme est criblée; en se subdivisant en ramifications de plus en plus fines, les uns et les autres pénètrent jusqu'à la face externe du derme, où ils forment les papilles et le réseau vasculaire de la peau. Les vaisseaux sont incomparablement moins nombreux à sa face profonde qu'à sa face superficielle; le sang qui les pénètre se répand jusque dans les vaisseaux de la superficie du derme; il peut même s'infiltrer dans le corps muqueux, ainsi qu'on le voit dans les ecchymoses cutanées. Les nerfs présentent la même disposition dans leur distribution, mais ils sont moins nombreux là où les papilles sont moins distinctes.

L'épaisseur du derme varie suivant les régions où on l'examine: elle est considérable à la paume des mains et à la plante des pieds, et plus grande, en général, à la face dorsale du tronc qu'à sa face antérieure ou abdominale, et à la face externe des membres qu'à leur face interne. Les paupières, les organes extérieurs de la génération, les mamelles, sont les parties où le derme est le plus mince. Sa demi-transpa-

rence est d'autant plus manifeste que son épaisseur est moindre. Il se réduit en gélatine par la décoction, et devient jaune et élastique quand on l'a soumis à une dessiccation complète. Le tissu qui constitue le derme jouit à un haut degré de l'extensibilité, de la rétractilité, et d'une force tonique très prononcée. C'est à sa face externe que réside la sensibilité tactile.

Sa face profonde ou interne est unie au tissu cellulaire sous-jacent, et présente, comme je l'ai déjà dit, un grand nombre de vacuoles ou excavations alvéolaires, dont la grandeur varie suivant les régions, et dans lesquelles sont logées des vésicules adipeuses. Eichorn nomme ces excavations alvéolaires cavités *lymphiphères*. Un grand nombre de petits pertuis ou orifices se voient en même temps à cette face interne, et donnent passage aux nerfs et aux vaisseaux, ainsi qu'aux canaux particuliers, qui, suivant MM. Breschet et Roussel de Vauzène, existeraient dans l'épaisseur de la peau. Ces auteurs admettent dans le derme, indépendamment des papilles, un appareil diapnogène (διαπνη, transpiration) comprenant les glandes et les canaux sudorifères; un appareil d'inhalation; un appareil blennogène (βλεννα, mucus), et un appareil chromatogène (χρωμα, couleur) pour la sécrétion du pigment.

La face externe du derme est parsemée de saillies coniques et symétriques, disposées sur des lignes droites ou légèrement courbes, et séparées par des sillons superficiels. Ces saillies, qui sont les *papilles*, sont rangées deux à deux, et entre deux papilles d'une même ligne ou série, il existe un trou ou orifice qui appartient à un canal sudorifère, suivant MM. Breschet et Roussel. Les papilles sont coniques, ayant leur base adhérente au derme, et leur sommet, qui est superficiel, légèrement renflé. Chacune d'elles a un étui épidermique qui l'emboîte exactement, de façon qu'en séparant l'épiderme des papilles on obtient, d'un côté, des saillies, et, de l'autre, de petites dépressions exactement moulées sur elles.

La composition intime de ces papilles, dont l'ensemble a reçu le nom de *corps papillaire*, a été diversement interprétée. Ainsi que je l'ai dit, certains anatomistes les considèrent comme uniquement formées de vaisseaux sanguins, et d'autres, comme réunissant à la fois des pinceaux vasculaires et nerveux qui iraient s'épanouir à la face externe du derme. D'après MM. Breschet et Roussel, elles ne contiennent que des filets nerveux,

qu'ils ont suivis à l'aide du microscope. On voit, disent-ils, qu'à la face profonde du derme un chevelu nerveux très abondant pénètre du tissu cellulaire sous-jacent à travers des pertuis très déliés; une fois arrivés dans le corps du derme, ces ramuscules nerveux ne se retrouvent plus isolés et distincts; on dirait que la matière nerveuse s'est épanouie et étalée en une sorte d'atmosphère; mais bientôt de cet épanouissement sortent de nouveaux filets qui achèvent de traverser l'épaisseur du derme, et viennent se rendre à la base de chaque papille. Ici le filet reconstitué est entouré d'une substance molle, qui, peut-être, ajoutent ces auteurs, remplit le rôle de substance isolante, et, parvenu au sommet de la papille, le filament nerveux se renfle un peu et se comporte d'une manière analogue aux arcades anastomotiques, signalées par MM. Prévost et Dumas, pour la terminaison des nerfs dans les muscles.

L'appareil blennogène de MM. Breschet et Roussel se compose de petites glandes situées vers la face profonde du derme, et de canaux presque droits, qui, après avoir traversé son épaisseur, viennent s'ouvrir à la face superficielle du chorion. Sur cette face, les canaux versent le produit de la sécrétion de ces petites glandes, et ce produit, qui est du mucus, constitue ce que l'on désigne ordinairement sous le nom de *corps muqueux de Malpighi*. Cette couche de mucus est molle, blanche, et recouvre les papilles. Très mince et difficile à apercevoir, elle est cependant visible lorsque l'épiderme vient à se séparer du derme. On peut y distinguer plusieurs couches, dont le nombre n'est pas le même suivant tous les anatomistes; chez les nègres, son épaisseur est plus considérable que dans la race blanche. Malpighi, qui, le premier, décrivit le corps muqueux, le désigna sous le nom de *corpus reticulare*, et cette expression a induit en erreur les anatomistes qui le suivirent, car plusieurs, et Bichat entre autres, admirent dans cette partie de la peau une disposition réticulée et vasculaire, quoique l'anatomiste italien l'ait considérée comme une couche d'un liquide mou et muqueux. Sous cette dernière forme, elle a été niée encore par divers anatomistes; Eichorn, entre autres, affirme qu'en réalité elle résulte uniquement de la préparation que l'on fait subir à la peau; M. Cruveilhier ne pense pas non plus qu'on doive la regarder comme une partie distincte. Pour MM. Breschet et Roussel, c'est une couche li-

quide située immédiatement à la surface du derme et des papilles, mais qui se condense à sa surface, se concrète en petites lamelles ou feuillets pour constituer l'épiderme. Aussi avaient-ils d'abord nommé appareil *kératogène* ou corné la réunion des glandes et des canaux sécréteurs du mucus.

L'appareil chromatogène des mêmes auteurs se composerait de petites glandes et de petits canaux, et serait encore sécréteur. Le produit de cette sécrétion, le pigment, est déposé dans la couche muqueuse, et comme les uns ont confondu dans leurs descriptions la couche de mucus et la couche de pigment, et que d'autres les ont considérées isolément, il en résulte des différences dans le nombre de couches admises par les divers anatomistes. Du reste, la matière colorante n'est bien apparente que dans les hommes de couleur, quoiqu'elle existe dans toutes les races, à l'exception des albinos; il est difficile de l'obtenir isolément avec le corps muqueux qui la contient, cependant on peut quelquefois détacher de la peau du scrotum du nègre des lambeaux de corps muqueux coloré et séparé du derme et de l'épiderme. Béclard, qui a plusieurs fois répété cette expérience, a remarqué que la macération isole du derme, qui est très peu coloré, l'épiderme et le corps muqueux réunis et colorés, et que ce n'est qu'avec difficulté qu'on peut ensuite séparer le corps muqueux de l'épiderme sous forme de membrane; si on prolonge la macération d'une portion de peau du scrotum, qui est toujours très foncée en couleur, dans une petite quantité d'eau, le corps muqueux se résout en une sorte de mucosité, teint l'eau, et laisse enfin déposer au fond du vase une matière brune impalpable. La matière colorante de la peau offre beaucoup d'analogie avec celle du sang. Les globules colorés dont elle est composée sont disséminés dans le corps muqueux, qui en est pour ainsi dire imprégné; d'après quelques phénomènes morbides on est autorisé à croire qu'il existe une déposition et une résorption continuelles de ces globules. Les recherches chimiques de Davy et de Coli tendraient à faire admettre, avec Blumenbach, que le pigment de la peau est surtout composé de carbone.

Quant à l'appareil sudoripare, l'existence en a été fort souvent mise en question. En 1717, Leuwenhoeck annonça qu'il avait découvert les orifices ou pertuis naturels qui donnaient

issue à la sueur, et il crut en compter jusqu'à 14,400 pour une ligne carrée de peau, chiffre qui indique suffisamment qu'il y avait là erreur; après lui, beaucoup d'anatomistes décrivirent des canaux conducteurs de la sueur et de la transpiration. Suivant Verheyen, Stenon admettait des glandes sudoripares, mais il avoue, lui, ne les avoir jamais vues. Cowper, ou plutôt Bidloo (*Anat. corp. hum.; etc.*: Utrecht, 1750, in-fol., tab. 4, fig. 6), les a décrites et figurées; suivant lui, elles concourent à former les papilles. Monro, Fontana, Prochaska, Cruikshank, Albinus, Meckel, Mojon, décrivent des tractus flexueux et spiroïdes qui se détachent de la face profonde de l'épiderme, mais ils nient qu'ils soient canaliculés. Hunter, Bichat et Chaussier, revenant sur cet examen, voient dans ces filamens de véritables vaisseaux, tandis que Meckel et Béclard s'élèvent contre cette opinion, et pensent que ce sont de simples tractus muqueux. Henri Eichorn, de Gottingue, a de nouveau étudié cette question, dans un travail fort remarquable sur les excrétions de la peau. Suivant lui, s'il est difficile d'apercevoir les orifices terminaux des canaux sudoripares, cela tient à deux circonstances: 1° ils sont obliquement situés, et non perpendiculairement à la surface de la peau; 2° on ne les a probablement recherchés que pendant l'hiver, et à cette époque ils sont affaissés, ainsi que les canaux, parce qu'alors la sueur ne les traverse pas, ou rarement. Il faut donc, dit-il, les rechercher pendant la saison chaude, et de plus, comme ils sont obliques, incliner un peu la lentille de l'instrument grossissant pour rencontrer leur plus large ouverture. Cette dernière condition est si importante, dit-il, qu'il suffit d'une loupe simple pour les apercevoir, tandis que M. de Humboldt avait inutilement employé un microscope dont le grossissement était le plus considérable possible. En outre, cet auteur donne le conseil, si on veut répéter l'expérience sur la peau d'un cadavre, de faire macérer le tissu dans de l'eau chaude, afin d'obtenir un léger décollement de l'épiderme. En définitive, Eichorn admet des canaux sudoripares, droits, mais rampant obliquement sous l'épiderme pour venir s'ouvrir obliquement à sa surface par un orifice infundibuliforme. Cet orifice aboutit, suivant lui, au sommet des éminences disposées en lignes régulières, et que tous les anatomistes considèrent comme les papilles. Telle ne serait pas la disposition des vaisseaux sudorifères, d'après MM. Breschet et Roussel de Vauzène.

En effet, ils admettent : 1° que ces orifices se terminent précisément entre deux papilles ; 2° que les canaux sont flexueux et spiroïdes ; 3° que ces canaux aboutissent, dans la profondeur du derme, à de petites glandes dont Eichorn ne parle nullement, et dont l'existence fut autrefois admise d'une manière probable par quelques anatomistes. Quelques expériences avec le microscope à gaz paraîtraient avoir confirmé ces observations anatomiques.

Néanmoins, cette question ne me semble point encore définitivement résolue par les recherches que je viens de citer, et mes propres observations me portent à penser, comme Béclard et Meckel, que les filamens ténus qu'on remarque en détachant lentement l'épiderme de la surface du derme ne sont que des tractus muqueux. M. Giraldès a bien voulu me communiquer les résultats d'un travail encore inédit dont il s'occupe sur ce sujet, et qui confirme cette opinion. Après avoir inutilement cherché à découvrir les vaisseaux sudoripares en employant les moyens conseillés par MM. Breschet et Roussel, il a procédé d'une autre manière.

Ses recherches ont été faites sur une portion de peau de baleine et de dauphin, ainsi que sur la peau de la plante des pieds et de la paume des mains, laquelle est, suivant M. Giraldès, la seule convenable pour une telle investigation. Il a rendu ces portions de peau transparentes, il en a pris des tranches d'épaisseur différentes ; il les a examinées, soit sous l'eau, soit dans un compresseur, ou sur de simples lames de verre, et avec des grossissements de divers degrés, et de quelque manière qu'il ait fait cet examen, il n'a pu distinguer de vaisseaux sudoripares, tandis qu'il a parfaitement reconnu de la sorte les nerfs de la peau, et qu'il a pu les suivre jusqu'aux papilles ; il paraît même que ce sont ces ramifications nerveuses qui ont été prises pour des vaisseaux. Ces filaments nerveux sont quelquefois enveloppés de petites granulations graisseuses, qui simulent par leur agglomération un corps glanduleux, en sorte que le filet nerveux qui s'en dégage pour se rendre aux papilles du derme ressemble assez à un canal qui sortirait d'une glande, et l'analogie d'aspect est d'autant plus trompeuse, que ces granulations graisseuses sont blanches et translucides ; mais en poursuivant plus loin ces recherches microscopiques, on constate d'une manière évidente que le filament nerveux qui

simulait le canal d'une glande traverse simplement cette petite agglomération graisseuse, et s'anastomose avec d'autres filets de même nature.

Le mode de terminaison des filamens nerveux observé par M. Giraldès vient confirmer les observations de Valentin et d'Ernest Burdach (*De l'anatomie microscopique des nerfs*; dans *l'Expérience*, 1838, p. 465 et suiv.), car le premier a conclu de ses recherches que les nerfs n'ont point à proprement parler de terminaison périphérique, et que leur partie centrifuge rejoint sans délimitation leur partie centripète. M. E. Burdach, dont l'opinion diffère de celle de Valentin sous plusieurs rapports, a fait d'ailleurs les mêmes observations que lui sur le fait dont il s'agit ici. Suivant lui, les nerfs de la peau forment par leurs anastomoses multipliées, un réseau varié et très serré, sans se terminer dans les papilles, comme Tréviranus le pense.

L'épiderme, qui est comme un vernis sec et défensif étendu sur toute la surface de la peau, n'a point de structure écailleuse, ainsi qu'on l'a dit; il est entièrement dépourvu de vaisseaux et de nerfs, et consiste dans une membrane plane et continue, composée d'une couche homogène dont la face interne se confond insensiblement avec le corps muqueux. Son épaisseur est généralement peu considérable, et se trouve augmentée surtout là où la surface de la peau est exposée à des frottemens répétés: dans ces points seulement, l'épiderme semble formé de couches. Il est très flexible, moins élastique que le corium, plus facile à déchirer, transparent, d'une couleur grisâtre, qui semble participer de la teinte du corps muqueux dans les races colorées. Il résiste fort long-temps à la putréfaction, devient blanc, opaque, et moins élastique par l'action de l'eau bouillante: exposé au feu, il brûle comme les substances cornées, en répandant la même odeur: il se dissout complétement dans les alcalis.

J'ai reconnu, ainsi qu'on l'a déjà dit, que la matière qui constitue l'épiderme est acide. Un lambeau de douze à quinze centimètres en tous sens, ayant été détaché de l'épigastre, a été soumis à l'ébullition dans de l'eau distillée, afin d'en séparer tous les produits de sécrétion de la peau qui pouvaient l'imprégner. Apres cette décoction, le lambeau épidermique a été étendu sur une lame de verre et desséché. Humecté ensuite avec

un peu d'eau distillée, il rougissait rapidement le papier de tournesol qu'on appliquait à sa surface. On sait que la coexistence de cet état acide de l'épiderme avec l'état alcalin des membranes muqueuses est une des conditions auxquelles on attribue le développement d'un état électrique dans l'économie animale. Enfin, d'après les expériences de Hatchett, il paraît que l'épiderme n'est qu'une couche de mucus albumineux, coagulé et desséché. N'étant ainsi qu'une sorte d'excrétion du derme, on conçoit qu'il ne jouisse aucunement d'irritabilité et de sensibilité, car il ne participe à la vie que par son origine; cet abri protecteur des parties vasculaires et nerveuses de la peau se trouve donc hors de l'organisation, et, par conséquent, plus propre à supporter l'impression des agens extérieurs. La peau présente ainsi, de sa couche profonde à ses parties les plus superficielles, une dégradation successive de vitalité qui est en rapport direct avec les fonctions des diverses parties qui la forment.

D'après M. Raspail (*Répertoire d'anatomie et de physiol.*, t. VI, 1828), l'épiderme aurait, au contraire, une structure régulière, et serait un tissu organisé. Il résulterait de la superposition de cellules arrondies, et lorsque ses lames superficielles tombent et s'exfolient, cela tiendrait à ce que les vésicules profondes, en croissant et se développant, chassent les superficielles. Cette opinion, fondée sur des observations microscopiques, paraît être confirmée par les recherches ultérieures du docteur Henle, de Berlin; car, suivant lui, les cellules nombreuses plus ou moins superposées qui forment l'épiderme renferment chacune un noyau orbiculaire, ovoïde ou aplati, et remarquable par un ou deux points qu'on y distingue (Mandl, *Traité pratique du microscope, etc.* Paris, 1839, p. 88). Mais cette structure celluleuse ne me paraît pas prouver que l'épiderme soit autre chose que le produit d'une simple excrétion du derme.

J'ai examiné l'épiderme avec des grossissemens variés, et je n'ai pas vu les cellules arrondies, indiquées par M. Raspail, mais bien une sorte de réseau formé par des lignes interrompues souvent dans leur trajet, et circonscrivant incomplétement de petits espaces de forme irrégulièrement trapézoïdale. Au lieu d'un noyau orbiculaire qui occupe le centre de chaque cellule, suivant M. Henle, j'ai observé très distinctement, et seulement dans quelques-uns des espaces trapézoïdaux, une

petite surface irrégulière, plus opaque que le reste de la membrane, et sur laquelle existe un point blanc, qui me paraît être le trou par lequel passe chacun des poils qui traversent l'épiderme. Cette petite surface plus opaque qui entoure chaque perforation ne serait-elle pas produite simplement par un peu plus d'épaisseur de l'épiderme là où il se réfléchit sur la base de chaque poil? Je dois ajouter que les petites surfaces trapézoïdales ont la plus grande analogie d'aspect avec les écailles épidermiques isolées. J'ai fait ces observations sur un lambeau d'épiderme enlevé à la région épigastrique, après l'application d'un vésicatoire. C'est en examinant sa structure microscopique dans les parties où il a généralement le moins d'épaisseur, qu'on peut mieux en étudier la disposition, et éviter les sources d'erreurs si faciles dans ce genre de recherches.

Avant d'indiquer sommairement quelles sont les actions organiques de la peau, nous devons parler des follicules sébacés contenus dans son épaisseur. Ils ont la plus grande analogie avec les follicules muqueux. Les anatomistes s'accordent généralement à admettre leur existence dans toute l'étendue de la peau, à l'exception de celle de la paume des mains et de la plante des pieds : ils sont toujours plus nombreux là où il y a des poils, dans le voisinage des ouvertures naturelles, dans les plis de l'aîne et de l'aisselle. Ils sont situés dans l'épaisseur ou au-dessous de la peau, et présentent chacun un orifice qui s'ouvre à la surface cutanée extérieure: leur grosseur est celle d'un grain de millet environ, mais elle varie beaucoup dans les diverses régions du corps où on les examine. Ils ressemblent à autant de petites ampoules le plus souvent disséminées isolément, quelquefois très rapprochées les unes des autres. La peau qui les forme est amincie, réfléchie sur elle-même, et contient un grand nombre de ramifications vasculaires. Leur cavité est remplie d'une humeur grasse, susceptible de se concréter, et d'acquérir ainsi un peu de consistance.

Indépendamment de l'absorption, la peau est encore un organe de sécrétion et d'excrétion, ainsi que le prouvent la perspiration cutanée, qui est tantôt vaporeuse et tantôt liquide, la sécrétion des follicules sébacés, et une humeur huileuse qui enduit sa surface. D'un autre côté, on peut join-

dre à ces trois matières excrétées celle de l'épiderme, qui se reproduit sans cesse et à mesure qu'il est usé à sa face superficielle. La peau est encore l'organe du tact général et du toucher, en même temps qu'elle forme un abri défensif aux parties qu'elle recouvre.

Cette membrane est plus fine, plus molle et plus mince chez la femme que chez l'homme; mais cette différence s'efface quelquefois par les progrès de l'âge. Elle commence à devenir visible dans la seconde moitié du deuxième mois de la vie intra-utérine: j'ai décrit dans un autre article ses changemens successifs, chez l'embryon, jusqu'à la naissance (*voy.* ŒUF HUMAIN). A cette époque, elle offre aussi des phases particulières pour sa coloration, suivant les races: en général, la teinte est peu foncée pendant la première année; elle augmente ensuite d'intensité. L'épiderme se renouvelle peu de temps après la naissance, mais l'époque de sa chute est très variable. Je vais retracer sommairement ici le résultat des observations faites à ce sujet par Billard, à l'hospice des Enfans nouveau-nés.

Le plus souvent l'épiderme commence à se détacher dès les premiers jours de la naissance; d'autres fois, ce n'est que le cinquième ou le huitième jour. Enfin, il est des enfans qui présentent à peine ce phénomène, ou du moins l'exfoliation est si peu sensible, qu'il est impossible d'en saisir le commencement, et d'en indiquer la marche. L'épiderme s'exfolie de trois manières différentes: par plaques, par écailles, et par lignes ou sillons. Dans le premier cas, on voit à la surface du corps de l'enfant une sorte de pellicule très ridée, qui tend à se détacher des tégumens, et dont l'aspect peut être comparé à celui des pellicules très minces qui se forment à la surface du lait qui est sur le point d'entrer en ébullition. Cet aspect est assez rare. On l'observe quelquefois sur la peau de l'abdomen. L'exfoliation par écailles a quelques rapports avec l'aspect de certaines dartres dites furfuracées; de petites lamelles blanches et transparentes se détachent de la peau quand on la frotte. Enfin, l'exfoliation par zones est la plus commune; elle se manifeste dans les endroits où il existe des plis, tels qu'à l'aine, aux jarrets, à l'abdomen, au cou, aux aisselles. Ces lignes sont transversales à l'abdomen, et sont au nombre de quatre, six ou huit. Elles se réunissent, forment ensemble de larges zones, au centre desquelles apparaît le

nouvel épiderme, ordinairement plus rosé et plus transparent: de larges plaques s'enlèvent quelquefois du scrotum, qui présente alors une couleur rouge-cerise, et s'excorie même par le contact de l'urine. Les plaques et les zones occupent ordinairement l'abdomen et les plis de l'aine et du cou; les écailles se remarquent aux parois de la poitrine, à la face, au front, entre les épaules. La poitrine et l'abdomen sont ordinairement les parties où se fait premièrement l'exfoliation épidermique; le cou, les épaules, le scrotum, viennent ensuite. Elle ne s'effectue aux membres qu'en dernier lieu, mais, en général, cette marche de l'exfoliation est variable (1).

Pour la description des ONGLES et des POILS, que l'on considère comme des dépendances de la peau, *voy.* ces mots.

OLLIVIER.

FABRIZZIO D'AQUAPENDENTE. *De totius animalis integumentis.* Pavie, 1618, in-4°. Et dans *Opp. omn. anat.*

MALPIGHI (Marc). *De externo tactus organo, exercit. epist.* Naples, 1665, in-4°. Réimpr. dans ses *Opp.*; et dans Manget, *Biblioth. anat.*, t. I, p. 30.

GREW (Nehem.). *The description and use of the pores in the skin of the hands and feet.* Dans *Philos. trans.*, 1684, p. 566.

RIET (Fr. de). *Diss. de organo tactus.* Leyde, 1743, in-4°. Réimpr. dans Haller, *Disp. anat.*, t. IV, p. 1.

FANTONI (J.). *De corporis integumentis.* Dans ses *Diss. anat. prior. renovat.* Turin, 1745, in-8°, n° 1.

HINTZE (Chr. Jac.). *Spec. med. inaug. sistens examen anatomicum papillarum cutis tactus inservientium.* Leyde, 1747, in-4°; et dans Haller, *Disp. anat.*, t. VII, p. 1.

WOLFF (C. F.). *De cute, substantia subcutanea, adipe.* Dans *Nov. act. Acad. Petropol*, t. VII; 1793, p. 278.

BICHAT (Xav.). *Système cutané.* Dans *Anat. gén.*, 1801.

ANDRÉE (Ch. Max.). *Diss. de cute human. externa.* Leipzig, 1805, in-8°.

GAULTIER (Gabr. Ant.). *Recherches sur l'organisation de la peau de l'homme, et sur les causes de sa coloration.* Paris, 1809, in-8°. — *Recherches sur l'organe cutané, ayant rapport à la structure des tégumens*,

(1) Depuis l'impression de cet article, M. Giraldès, qui a continué les recherches microscopiques dont il nous avait donné communication, est arrivé à des résultats tout opposés, c'est-à-dire a reconnu l'existence des glandes et des vaisseaux perspiratoires. Sans connaître les bases de cette nouvelle opinion de M. Giraldès, et sans en préjuger la valeur, nous avons cru devoir la consigner ici, puisque nous avions étayé de ses premières recherches nos idées sur ce point d'anatomie.

aux organes générateurs des poils, structure des ongles, etc. Thèse. Paris, 1811, in-4°.

WILBRAND (J. Bern.). *Das Hautsysten in allen seinen Verzweigungen, anat., physiol. und pathologisch dargestellt.* Giessen, 1813, in-8°.

SCHROETER (J. F.). *Das menschliche Gefühl oder Organ des Getastes, nach den Abbildungen mehrerer berühmter Anatomen dargestellt.* Leipzig, 1814, in-fol.

DUTROCHET. *Observations sur la structure et la régénération des plumes, avec des consid. sur la comp. de la peau des animaux vertébrés.* Dans *Journ. de phys.*, mai 1819. — *Obs. sur la structure de la peau.* Dans *Journ. complém. du Dict. des sc. méd.*, t. v, 1819, p. 366.

EICHORN (Henr.). *Ueber die Absonderungen durch die Haut und über die Wege, durch welche sie geschehen.* Dans *Meckel's Archiv.*, 1826, p. 405. Trad. dans *Journ. compl. des sc. méd.*, t. XXVII, p. 230 et 317; et dans *Journ. des progr.*, t. III et IV. — *Bemerkungen über die Anatomie und Physiologie der äuszeren Haut des Menschen.* Ibid., 1827, p. 27. Trad. dans *Journ. des progr., des sc. et inst. méd.*, t. VII, VIII et IX.

BRESCHET (G.) et ROUSSEL DE VAUZÈME. *Recherches anatomiques et physiologiques sur les appareils tégumentaires des animaux.* Dans *Annales d'hist. nat.*, 2e série, part. *Zool.*, t. II, 1834, p. 167 et 321. fig.; et sépar., sous le titre : *Nouvelles recherch. anat. sur la structure de la peau.* Paris, 1835, in-8°. fig.

GURTL. *Vergleichende Untersuchungen über die Haut des Menschen und des Haus-saügethiere*, etc. Dans *Muller's Archiv.* 1835, p. 399.

HELLWIG (J.). *De cute humana. Diss.* Marbourg, 1838, in-8°.

LUDWIG (Chr. Gottl.), resp. Fr. GRUTZMACHER. *Diss. de humore cutim inungente.* Leipzig, 1748, in-4°; et dans Haller, *Diss. anat.*, t. VII, part. II, p. 33.

REUSS (J. Ch. Th.), præs. AUTENRIETH. *Diss. de glandulis sebaceis.* Tubingue, 1807, in-4°.

KOELER (Fr. L. Andr.). *Diss. de odore per cutem spirante.* Gottingue, 1794, in-4°.

SCHREGER (Bern. Nat.). *De bursis mucosis subcutaneis. Acc. tabb.* IX *lith.* Erlangue, 1825, in-fol.

LEEUWENHOECK (Ant.). *Microscopical observ. about blood... cuticula.* Dans *Philos. Trans.* 1674, p. 121.

HOFFMANN (J. Maur.), resp. Chr. Dan. METZGER. *Diss. de cuticula et cute.* Altdorf, 1685, in-4°.

ALBINUS (B.), resp. G. D. LIPSTORP. *Diss. de poris hum. corporis.* Francfort-sur-l'Oder, 1685, in-4°; et dans Haller, *Diss. anat.*, t. III, p. 509.

KAAU-BOERHAAVE (Abr.). *Perspiratio dicta Hippocrati per universum corpus anatomice illustrata.* Leyde, 1738; 1745, in-8°.

LUDWIG (Chr. Gottl.), resp. J. Chr. SCHOSS. *Diss. de cuticula.* Leipzig, 1739, in-4°; et dans Haller, *Diss. anat.*, t. III, p. 473.

MORGAGNI (J. B.). *De cuticulæ natura et generatione.* Dans *Advers. anat.*

ALBINUS (B. S.). *Quædam de modis quibus cuticula cum corpore reticulari de cute abscedit.* Dans *Annat. acad.*, lib. I, cap. 1, p. 16. — *De cognatione et distinctione cuticulæ et reticuli.* Ibid. cap. 2, p. 21; cap. 3, p. 22. — Cap. 4, p. 25; — cap. 5, p. 26. — *De vasis cuticulæ.* Ibid., lib. VII, cap. 3, p. 36. — *De papillis cutis.* Ibid., lib. VI, cap. 10, p. 62. — *De sede et causa coloris OEthiopium et cæterorum hominum.* Leyde, 1737.

MECKEL (J. Fréd.). *Rech. anat. sur la nature de l'épiderme et du réseau qu'on a appelé malpighien.* Dans *Hist. de l'Acad. roy. des sc. de Berlin.* 1753, p. 79; 1757, p. 61.

LECAT (Cl. Nic.). *Traité de la couleur de la peau humaine en général, de celle des nègres en particulier, etc.* Amsterdam (Rouen), 1765, in-8°.

KLINKOSCH (J. Th.). *De vera natura cuticulæ, ejusque regeneratione.* Prague, 1771, in-8°.

HERMAN (Fr. Seraph.). *De vera natura cuticulæ, ejusque regeneratione, juxta sensum clar. Klinkosch.* Prague, 1775, in-8°.

MONRO (Alex.). *De cuticula humana.* Edimbourg, 1781, in-4°.

NUERNBERGER (Chr. Fr.), resp. L. WOCKAZ. *Diss. de cuticulâ e frictione comprimente callosa.* Vittemberg, 1799, in-4°.

MOJON. *Osservazioni anat. physiol. sull' epidermide.* Gênes, 1815, in-8°.

CHIAJE (Stefano delle). *Osserv sulla struttura dell' epidermide umana.* Naples, 1827.

WEBER (Ern. Henr.). *Beobachtungen über die Oberhaut, die Hautbälge und ihre Vergröszerung in Krebsgeschwülsten.* Dans *Meekel's Archiv.*, 1827, p. 198. Trad. dans *Journ. compl.*, t. XXIX, p. 138.

WENDT (Alph.). *Diss. de epiderme humana.* Breslau, 1833. — *Ueber die menschl. Epidermis.* Dans *Muller's Archiv.*, 1834, p. 298. (C'est dans la thèse de Wendt que sont consignées les recherches de Purkinje sur les vaisseaux sudorifères.)

HÉBRÉARD (M.). *Mém. sur l'analogie qui existe entre le système muqueux et dermoïde.* Dans *Mém. de la Soc. méd. d'émul.*, t. VIII, part. I, 1827, p. 152.

FLOURENS. *Recherches anat. sur le corps muqueux, ou appareil pigmental de la peau, dans l'Indien Charrua, le nègre et le mulâtre.* Dans *Compte rendu hebd. des séances de l'Acad. des sciences*, 1837; et dans *Ann. des sc. nat*, part. *Zool.*, 2e série, t. VII, p. 156. — *Recherches anat. sur les structures comparées de la membrane cutanée et de la membrane muqueuse.* Ibid., t. IX, 1838, p. 239.

KELLIE. *Historical and critical analysis of the functions of the skin.* Dans *The Edinb. med. and surg. journ.*, t. II, 1805, p. 170.

SCHMITZ (Fr.). *De respiratione cutis Diss.* Strasbourg, 1806, in-4°.

ABERNETHY (John.). *Functions of the skin.* Dans ses *Surg. and physiol. essays.* Londres, 1793-7, in-8°.

SUDRE (A. S.). *Diss. sur les fonctions de la peau.* Thèse. Montpellier, 1821, in-4°.

LARPENT (Is. P.). *De vi cutis absorbente*, part. I. Copenhague, 1827, in-8°.

WESTTRUMB. *Recherches sur la faculté absorbante de la peau.* Trad. dans *Journ. compl. des sc. méd.*, 1828, t. XXX, p. 332; et extrait dans *Arch. gén. de méd.*, t. XXI, p. 113.

BERTRAND (P.). *Essai sur la peau, sa structure, ses fonctions, ses sympathies, et l'action des corps environnans, etc.* Thèse. Paris, 1828, in-4°.

R. D.

§ II. DES MALADIES DE LA PEAU EN GÉNÉRAL. — Organe de tact, organe d'absorption, d'exhalation; enveloppe contractile, toujours en rapport avec les corps extérieurs, la peau est un vaste sujet d'observation pour le pathologiste, soit que, voulant y voir le reflet des souffrances plus ou moins éloignées, il cherche à constater une nouvelle expression phénoménique dans ses changemens de température, dans les altérations de forme, de texture, de couleur, etc., soit que, trouvant en elle le symptôme unique, ou même le symptôme principal du mal qu'il observe, il cherche à démêler les formes maladives si variées qu'elle peut revêtir.

Une sympathie plus ou moins étroite existe, on peut le dire, entre la peau et presque tous les organes, mais surtout les membranes muqueuses, avec lesquelles elle semble plus intimement liée par une sorte d'analogie de structure et de fonctions. Aussi la peau ne peut guère rester complétement étrangère aux troubles intérieurs. Cette observation, que toutes les maladies viennent s'y réfléchir, n'avait pas échappé à la sagacité des anciens; mais pour peu que l'on examine les conditions physiologiques de la peau, les nombreuses influences auxquelles elle est incessamment soumise, *intus et extra*, on comprendra facilement qu'elle doit être le siége d'une foule de maladies; celles-ci, en effet, sont si fréquentes, si multipliées, elles affectent des formes si diverses, elles se présentent si souvent aux praticiens avec des conditions telles, qu'un diagnostic précis n'intéresse pas seulement l'art médical, mais touche aux questions les plus délicates, les plus graves de la vie sociale, qu'on ne saurait attacher trop d'importance à leur connaissance exacte.

Long-temps confondues dans l'ensemble de la pathologie, où elles n'occupaient qu'une place beaucoup trop petite, les maladies de la peau ont dû être mises à part, pour que l'on pût apercevoir l'importance de leur étude, pour qu'elles pussent se faire voir ce qu'elles étaient réellement. C'est sans doute avoir rendu un grand service à la science, que de les avoir groupées, d'en avoir fait une branche spéciale de la pathologie: c'était la seule manière d'appeler, de fixer l'attention des médecins, sur leurs formes si remarquables et si variées; mais il y avait peut-être un écueil qu'on n'aurait pas toujours évité: c'était de les trop séparer. On les a trop représentées peut-être comme des maux à part, ayant, pour ainsi dire, leur manière d'être, comme leur terrain, isolés; on les a trop représentées comme les membres d'une seule famille, resserrés par un seul et même lien. Sans doute elles sont assez nombreuses, assez variées pour constituer toujours, au moins comme étude, une branche particulière de la pathologie; mais bien loin de s'obstiner à les regarder comme étant le plus souvent le résultat d'une seule et même cause, d'un seul et même principe, tous les efforts doivent tendre à saisir, à étudier les rapports de causalité, de sympathie, qui doivent les faire rentrer dans les lois générales de physiologie pathologique. A ce prix seulement, elles peuvent conserver cette spécialité d'étude que légitime la spécialité de leurs caractères; à ce prix seulement, il sera permis d'arriver, pour toutes, comme on a pu le faire pour quelques-unes, à la connaissance plus exacte de leurs causes, de leur nature, et, par conséquent, du traitement qui leur convient.

Il faut qu'on le sache bien, si, parmi les maladies de la peau, il y en a qui semblent se développer sous une influence identique, particulière, d'hérédité, d'individualité, et que représenterait, à la rigueur, cette dénomination vague de *dartre*, dont le trop libéral emploi a naguère jeté tant de confusion sur leur histoire, il y en a d'autres, et c'est le plus grand nombre, qui ne sauraient se prêter à cette agglomération. Ou bien expression de l'altération d'organes mal connus qui constituent la trame si compliquée de la peau, ou bien expression du trouble des fonctions mal appréciées de cet organe complexe, elles représentent ou des maladies accidentelles, locales, ou des maladies qui se rattachent, par

des liens peu connus encore, à des troubles, à des souffrances plus ou moins éloignées.

Je regrette de ne pouvoir entrer ici dans des développemens que ne saurait comporter cet article, et sur lesquels je reviendrai bientôt ailleurs. Il me suffira d'établir, pour le moment, que les maladies de la peau peuvent bien, à l'aide de leurs variétés de forme si nombreuses, réclamer une place à part, mais seulement comme étude; mais qu'il faut les rattacher à la pathologie générale non-seulement parce que c'est la manière la plus sûre d'arriver à les connaître, mais encore parce que elles-mêmes sont destinées à jeter un grand jour sur l'histoire d'autres maladies.

I. Quoique généralement mal étudiées, les maladies de la peau étaient connues dès la plus haute antiquité, et aujourd'hui encore un grand nombre d'entre elles conservent les dénominations dont l'origine remonte aux temps les plus éloignés. Sont-elles plus fréquentes aujourd'hui? C'est une question sur laquelle il importe peu de s'arrêter ici. Je dirai seulement que je ne suis pas de ceux qui croient toujours que le temps où ils vivent est le pire, et que je ne pense pas, avec certains pathologistes, que les maladies de la peau soient aujourd'hui plus fréquentes à cause de la plus grande dissolution des mœurs. Assurément on ne citera pas pour modèle de moralité l'époque où écrivait Galien, époque où les vices les plus effrénés avaient remplacé ce que l'on appelait les austères vertus de l'antique Rome.

Quoi qu'il en soit, les maladies de la peau paraissent avoir été très communes chez les Égyptiens; la première mention expresse qui en est faite dans l'histoire se trouve consignée dans *le Pentateuque* de Moïse; et, suivant Hérodote, qui écrivit mille ans après, les lois des Juifs sur la lèpre seraient tirées des pratiques des Égyptiens.

Hippocrate parle d'un grand nombre de maladies de la peau: il décrit les affections squameuses, l'érysipèle, la plupart des maladies vésiculeuses, et une foule d'éruptions qui ont repris aujourd'hui le nom qu'il leur avait donné. Le caractère dominant de ces divers passages d'Hipocrate, c'est le soin qu'il met à envisager ces maladies d'une manière générale, dans leurs rapports avec l'individu, suivant leur origine,

suivant leurs causes. Ses successeurs ont fort peu ajouté, d'ailleurs, à ce qu'il avait fait.

Celse a tracé les caractères d'un grand nombre de maladies de la peau ; et, bien que les dénominations qu'il leur ait données ne correspondent pas toujours exactement aux maladies qu'il décrivait, il a apporté dans leur histoire cette précision, cette exactitude de style, si remarquables dans tous ses écrits.

Pline n'a point décrit les maladies de la peau ; mais, outre qu'il a indiqué un grand nombre de remèdes, il a fait connaître quelques affections nouvelles : c'est lui qui parle de ce chevalier romain qui rapporta d'Asie, et transmit ensuite par le baiser, à divers habitans de Rome, le *sycosis menti*, que nous ne retrouvons plus aujourd'hui avec les caractères graves qu'il parut avoir vers cette époque.

Enfin Galien, le plus fécond des écrivains de l'antiquité, n'a pu oublier les maladies de la peau. Bien différent de Celse, il est bien moins occupé d'en décrire exactement les symptômes que d'examiner l'influence humorale sous laquelle elles se produisent, et d'exposer les ressources thérapeutiques qu'on peut leur opposer. Les Arabes, pleins d'enthousiasme pour le médecin de Pergame, devaient reproduire toutes les observations de Galien ; mais ils ont décrit des affections nouvelle, la variole, la rougeole, par exemple ; ils ont décrit à part une maladie, confondue, par les Grecs et les Romains, avec l'éléphantiasis, maladie qui a conservé depuis le nom d'*éléphantiasis des Arabes*. Enfin, Avenzoar paraît avoir connu l'insecte de la gale.

Jusque-là, d'ailleurs, les maladies de la peau n'occupaient le plus ordinairement dans les traités de pathologie qu'une place peu importante ; et pour les voir examinées avec plus de soin, étudiées à part, il faut arriver d'un trait jusqu'au siècle dernier, sans s'arrêter, en passant, à l'histoire des deux fameuses épidémies, celle de la lèpre du moyen âge et de la syphilis, histoire qui vient encore témoigner de l'énorme confusion qui régnait à cette époque sur les maladies cutanées, en signalant le petit traité remarquable de Mercuriali.

En 1777, parut l'ouvrage de Lorry, critique judicieux et érudit, ouvrage remarquable par les vues larges de l'auteur, par l'élégance du style, par la connaissance et l'appréciation exacte des travaux des anciens, et qui était bien fait pour

contribuer aux progrès de cette branche intéressante de la pathologie.

A peu près à la même époque, mais un peu plus tard, et après les travaux de Plenck (1789), et de Retz (1790), Willan, en Angleterre, et Alibert, en France, fixèrent décidément l'attention des médecins, l'un, par la précision de sa méthode, l'autre, par la facilité de son enseignement, par l'élégance et l'énergie de ses descriptions. Bateman a publié un ouvrage classique qui a contribué beaucoup à faire connaître et répandre les travaux de Willan; Alibert, placé sur un grand théâtre, a ouvert, il faut le dire, un enseignement nouveau, et on lui doit d'avoir réellement fondé en France l'étude des maladies de la peau.

Cet enseignement a porté ses fruits. Bientôt, dans le même hôpital, pendant que son illustre maître faisait avec tant d'éclat un cours théorique, Biett, son élève le plus distingué, créait un enseignement clinique. Ce fut là que, devant des descriptions exactes, claires, précises, furent détruits le trouble et la confusion qui régnaient sur les maladies de la peau ; ce fut là qu'une thérapeutique sage, mais persévérante, vint faire connaître les moyens variés et puissans qu'on peut leur opposer. Pourquoi faut-il qu'en frappant avant le temps Biett, ce médecin aussi recommandable par ses qualités morales que par la précision et la sévérité de son esprit scientifique, la mort ne lui ait pas permis de publier le fruit de ses études et de son expérience, et l'ait empêché dedoter la science d'un de ces monumens rares, qui aurait occupé dans ses archives une si honorable place!...

C'est de ce double enseignement, qui ne suivit pas toujours la même voie, que sont sortis tous les travaux qui, dans ces dernières années, ont pu contribuer à faciliter l'étude des maladies de la peau.

II. Pourquoi donc a-t-il fallu arriver jusque dans ces derniers temps, pour voir des maladies d'une observation en apparence si facile prendre dans la pathologie la place qu'elles méritent d'occuper? Cela tient à plusieurs causes qu'il importe de signaler.

Après le défaut de connaissances exactes sur la structure de la peau, ce qui a plus nui à l'étude de ses maladies, c'est la confusion qui résultait de la fausse interprétation, et de la

mauvaise application des termes? Et, d'un autre côté, les classifications proposées, loin de favoriser cette étude, n'ont fait le plus souvent qu'en augmenter les difficultés.

Ainsi, non-seulement il a fallu arriver jusqu'en 1687, jusqu'à Malpighi, pour trouver les premières traces d'un travail exact sur la peau, mais encore aujourd'hui, malgré les recherches des hommes les plus habiles, l'anatomie de cette membrane est loin de reposer sur quelques bases tant soit peu solides. On comprend combien cette opinion, qui considère depuis long-temps la peau comme un organe composé de couches superposées, prêtait successivement à la confusion de ses maladies. Mais s'il est vrai, ainsi que l'ont annoncé les recherches de Bidloo, ainsi que semblent le démontrer quelques travaux récens, ainsi que me le font croire quelques observations qui me sont personnelles; s'il est vrai, dis-je, que la peau soit un composé d'organes distincts, on est tout naturellement conduit à admettre, pour l'enveloppe cutanée, des maladies de siége, de cause, de nature le plus souvent différentes. Il est donc bien à désirer que l'on arrive promptement à posséder sur ce point des connaissances anatomiques exactes.

Il est difficile de se faire une idée de la peine, je dirai presque de l'impossibilité qu'on éprouve à séparer, dans les auteurs anciens, les formes diverses réunies sous les mêmes dénominations. Je prendrai pour exemples le mot *lèpre*, pour les anciens, et, pour les temps modernes, le mot *dartre*, qui correspond à l'*herpès*. Employé d'abord d'une manière précise pour signifier une affection squameuse, le mot *lèpre*, *lepra*, λεπις, fut détourné tout-à-fait de son acception première: non-seulement il fut appliqué à une maladie grave, à l'éléphantiasis, mais encore il finit par être employé pour désigner toutes les affections tant soit peu fâcheuses de la peau. Cette confusion n'est nulle part plus marquée que dans la description de l'épidémie du moyen âge. C'est ainsi que l'on se rend compte du nombre des léproseries du XIIe siècle : c'est ainsi que l'on a expliqué comment au milieu de Paris, à la même époque, il y avait un hôpital, qui, en 1600, et même plus plus tard, avait encore cette destination, hôpital dans lequel rien n'était plus rare que la lèpre proprement dite : c'était une réunion des formes les plus variées. Je ne puis en donner un meilleur exemple qu'en supposant un instant qu'aujourd'hui l'hôpital Saint-Louis soit un hôpital de lépreux.

Eh bien! cette même confusion, on la retrouve, quoique d'une manière moins sensible, dans une foule d'autres dénominations, et dans des temps plus modernes le mot *dartre* en a offert un nouvel exemple. Comme aujourd'hui il a presque entièrement disparu du langage médical, il me suffira de l'avoir signalé, sans m'y arrêter plus long-temps.

Enfin, ce qui a contribué encore à entraver l'étude des maladies de la peau, ce sont les classifications plus ou moins vicieuses, qui n'ont eu souvent que trop d'influence sur l'opinion que les médecins se sont faite de ces maladies. Je ne m'arrêterai ici que sur les classifications principales, les seules qui aient été professées et suivies dans ces derniers temps, celles d'Alibert et de Willan.

Dans une première classification, qu'il publia il y a trente ans, Alibert, à l'exemple de Mercuriali, qui lui-même avait adopté la méthode de Galien, avait divisé les maladies de la peau en deux groupes principaux, selon qu'elles se manifestaient à la tête ou sur le reste du corps; et pour mieux spécifier cette division, il avait adopté pour chacun de ces groupes une dénomination spéciale: ainsi il donnait le nom de *teignes* aux maladies de la tête, et celui de *dartres* aux maladies des autres parties du corps. Mais il ne s'est pas contenté de cette division principale, et il créa des espèces et des variétés auxquelles il donna des caractères particuliers, qu'il alla prendre tantôt dans le produit même de l'inflammation, tantôt dans les différens états, dans les nuances de forme, etc., etc. Malheureusement cette classification pèche précisément par sa base. En effet, elle a pour résultat immédiat de séparer des maladies tout-à-fait identiques, par cela seul qu'elles ont un siége différent, et, d'autre part, en groupant les maladies d'après des accidens de forme, d'après des produits plus ou moins éventuels de l'inflammation, l'auteur a été conduit à rapprocher des affections différentes, et à séparer des maladies identiques: c'était, par conséquent, donner de leur nature une idée peu exacte, en même temps que l'on augmentait les difficultés de leur étude. Ainsi, pour ne prendre qu'un exemple, le mot *dartre squameuse humide*, bien qu'il se rapporte plus exactement à un certain état de l'eczéma, représente dans cette classification plusieurs formes différentes, qui peuvent toutes appartenir au lichen, à l'eczéma; et, d'un autre côté, le lichen

et l'eczéma peuvent ne jamais arriver à cet état d'*humidité* qui constitue le caractère de la dartre squameuse humide. Qu'est-ce donc qu'un caractère qui peut ne pas exister, et que le classificateur choisit pour point de départ? Il faut l'avouer, cependant, en prenant ainsi les maladies pour ainsi dire à leur état parfait, Alibert avait trouvé moyen d'en faire plusieurs fois le tableau le plus vrai, la description la plus exacte. Ainsi l'histoire qu'il donne de la *dartre crustacée flavescente* est un véritable portrait qu'il est impossible de méconnaître : ce qui veut dire qu'il faut tenir compte, en effet, des lésions secondaires, mais que, comme elles peuvent ne pas exister, il est impossible de les choisir comme base de classification. Alibert avait fini par le comprendre; aussi abandonna-t-il plus tard (en 1835) cette classification pour une autre, qui malheureusement est loin d'être meilleure. Cette fois, préoccupé de l'idée de faire pour les maladies de la peau une méthode *naturelle*, il créa l'arbre des *dermatoses*, et groupa à son gré, sur les branches et les rameaux, les espèces et les variétés, dans la disposition desquelles il est souvent impossible de saisir l'idée qui a guidé l'auteur. Il faut bien le dire, à côté de quelques groupes qui rapprochent des maladies réellement identiques, l'on retrouve dans cette classification tous les défauts graves de la première, plus une confusion plus grande encore dans plusieurs groupes, moins quelques avantages, tels que ceux que j'ai signalés relativement à la vérité énergique de certains tableaux.

Cette classification comprend douze groupes : 1° *Dermatoses eczémateuses ;* ce sont les maladies qui sont le résultat primitif de l'état phlegmasique du derme, caractérisées surtout par la chaleur, la rougeur, la douleur de la peau. On y trouve réunis l'*érysipèle*, les *sudamina*, la *pustule maligne*, le *bouton d'Alep*, le *charbon*, le *pemphigus*, l'*urticaire*, etc. 2° *Dermatoses exanthémateuses :* c'est sans doute le groupe le plus *naturel ;* l'auteur y range les dermatoses *qui semblent être le produit d'une sorte de fermentation interne*. 3° *Dermatoses teigneuses*. 4° *Dermatoses dartreuses :* on retrouve ici, avec les acceptions banales, tous les inconvéniens qui en résultent; ainsi les *achores* sont à côté du *favus ;* la *couperose* se trouve groupée avec l'*herpès*, la *dartre rongeante*. 5° *Dermatoses cancéreuses :* le lien, dans ce cas, est la cause prochaine, mais la kéloïde est

à côté du cancer. 6° *Dermatoses lépreuses:* l'acception du mot lèpre est ici plus restreinte; l'auteur a cherché à grouper les différentes formes de l'éléphantiasis. 7° *Dermatoses véroleuses.* 8° *Dermatoses strumeuses :* l'auteur a pris la nature de la maladie pour moyen de réunion. 9° *Dermatoses scabieuses :* ici, c'est le symptôme, le prurit; ce groupe comprend la gale et le prurigo. 10° *Dermatoses hématеuses.* 11° *Dermatoses dischromateuses.* 12° *Hétéromorphes :* ces dernières répondent assez bien aux groupes admis dans la classification de Willan, modifiée par Biett, c'est-à-dire au *purpura,* aux modifications de la coloration de la peau, et aux maladies qui, dans l'état actuel de la science, ne sauraient être rapportées à aucun groupe.

Telle est la dernière classification du professeur Alibert. Pour mériter le nom de *naturelle,* il faudrait qu'elle classât ensemble les maladies qui se rapprochent par le plus grand nombre de caractères : bien loin de là, le plus souvent elle groupe les maladies les plus dissemblables. Alibert a donc cherché les moyens de réunion tantôt dans le symptôme, tantôt dans la nature ou la cause prochaine; mais il s'appuyait alors le plus souvent sur une inconnue : aussi a-t-il rapproché les maladies les plus différentes. L'étude des maladies de la peau est loin d'être assez avancée pour permettre jusqu'à présent de chercher les points de rapprochement, au moins comme étude, autre part que dans les caractères extérieurs : c'est cette raison qui me ferait préférer encore la première classification d'Alibert, si les inconvéniens de celle de Willan n'étaient pas beaucoup moins nombreux.

Willan s'est emparé de la base fondamentale sur laquelle Plenk s'était appuyé : il classe les maladies de la peau d'après leurs caractères extérieurs; mais il rejette tous les produits secondaires de l'inflammation, et n'admet pour caractères que les lésions anatomiques élémentaires. Il établit huit ordres, autour desquels il groupe quarante genres d'éruptions.

Ordre Ier. PAPULÆ.
II. SQUAMÆ.
III. EXANTHEMATA.
IV. BULLÆ.
V. PUSTULÆ.
VI. VESICULÆ.
VII. TUBERCULÆ.
VIII. MACULÆ.

Cette classification n'est pas exempte de reproches : ainsi il faut s'étonner de la présence du purpura dans les *exanthèmes*, de l'érysipèle dans les *bulles*, de la gale dans les pustules, de l'acné, du *sycosis menti* (mentagre), dans les tubercules, etc. Ainsi, il n'y a pas toujours des différences bien distinctes entre les maladies d'un groupe et celles du groupe qui suit, entre certaines vésicules et les pustules : par exemple, entre la bulle du *rupia* et la pustule phlysaciée de l'*ecthyma*. On peut dire encore que l'ordre des *squames* offre plutôt un exemple d'un produit de l'inflammation, que d'une lésion élémentaire ; que c'est peut-être un peu forcément que certaines maladies ont été placées à côté les unes des autres, parce que leurs lésions élémentaires sont jusqu'à un certain point analogues, quand, d'ailleurs, elles offrent tant de différences dans leur nature et dans leur marche : la variole, par exemple, à côté de l'impétigo et du porrigo favosa. Enfin plusieurs, par les caractères spéciaux qu'elles affectent, ne sauraient être comprises dans aucun des ordres admis par Willan : ainsi le *lupus* n'est pas toujours une affection tuberculeuse, etc. Mais la plupart de ces imperfections ne sont que des applications vicieuses auxquelles on a pu remédier en partie ; et malgré celles qui subsistent encore, cette classification présente la plus grande exactitude. Elle est, d'ailleurs, plutôt une méthode, un moyen, un guide, qu'une classification proprement dite, et à ce titre, c'est aujourd'hui celle que l'on doit préférer de beaucoup à cause de la facilité, de la précision qu'elle doit apporter dans la connaissance des maladies de la peau ; et cela parce qu'elle repose sur l'appréciation de caractères qui ne peuvent manquer, puisqu'elle est basée sur les lésions anatomiques élémentaires.

Biett, en conservant les huit ordres de Willan, a introduit dans l'arrangement des espèces des modifications importantes. Voici le tableau de cette classification, adoptée aujourd'hui par la plupart des médecins, suivie dans ce Dictionnaire, et telle que je l'ai adoptée moi-même, avec quelques changemens très légers, d'ailleurs, que j'y ai introduits.

Ordre Ier. EXANTHÈMES. — Erythème, érysypèle, roséole, rougeole, scarlatine, urticaire.

II. VÉSICULES. — Miliaire, varicelle, eczéma, herpès, gale.

Ordre III. BULLES. — Pemphygus, rupia.
IV. PUSTULES. — Variole, vaccine, ecthyma, impétigo, acné, mentagre, porrigo.
V. PAPULES. — Lichen, prurigo.
VI. SQUAMES. — Lèpre, psoriasis, pityriasis, ichthyose, pellagre.
VII. TUBERCULES. — Éléphantiasis des Grecs, molluscum, framboesia, bouton d'Alep, kéloïde.
VIII. MACULES. — *Colorations*, teinte bronzée, éphélides, nævi, *décolorations*, albinisme, vitiligo.
IX. LUPUS.
X. PURPURA.
XI. ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES.
XII. SYPHILIDES.

Comme on le voit, cette classification a pu corriger quelques imperfections, mais elle ne les a pas corrigées toutes. Aussi, je le répète, ce n'est pas comme ne laissant rien à désirer qu'elle mérite la préférence; c'est comme étant évidemment la meilleure, puisqu'elle a au moins l'avantage d'être le guide le plus facile et le plus sûr ponr l'étude des maladies de la peau.

III. L'étude des causes, dans la pathologie cutanée, a une importance plus grave encore que partout ailleurs; car, s'il est vrai que les maladies soient souvent l'expression de souffrances plus ou moins éloignées, on comprend tout ce qu'il y a d'intérêt à connaître les liens qui existent entre les maladies phénoméniques, si je puis dire ainsi, et la maladie plus ou moins cachée dont elle ne forme que la dépendance. Qnoi qu'il en soit, il y a pour moi, dans l'état actuel de la science, trois ordres de causes bien distinctes pour les maladies de la peau: ou bien, maladies locales ou primitives, elles se développent sous l'influence de causes internes ou externes, contagieuses ou non, mais accidentelles, et le plus souvent appréciables; ou bien, liées intimement à une altération, à un trouble fonctionnel, plus ou moins cachés, elles sont un symptôme ou une maladie symptomatique, dont la guérison est attachée à celle de l'affection sous l'influence de laquelle elle a été produite. Ceci est, sans contredit, un des points les plus importans de la pathologie cutanée : c'est aux maladies qui appar-

tiennent à cette catégorie, qu'il faut rapporter les questions de répercussion, de maladies qu'il ne faut point guérir, de médication interne ou externe, questions graves, et qui n'ont point encore été résolues. Enfin, il y a encore un troisième ordre de maladies qui sont tout-à-fait spéciales à la peau, indépendantes de troubles intérieurs, ne semblant réellement liées à l'action d'aucune cause accidentelle, qui serait tout au plus, dans ce cas, une cause occasionnelle, et que l'on a crues développées sous l'influence d'un principe particulier, d'un virus que l'on a appelé *vice dartreux*.

Ici encore la question est grave. Sans qu'il soit possible d'admettre aujourd'hui un principe particulier qui aurait le caractère d'un virus, il est évident qu'il y a certaines formes qui se transmettent par l'hérédité, et dont il faut ici encore aller chercher la raison dans cette individualité qui joue dans la pathologie un si grand rôle, et à laquelle on peut généralement reprocher aux médecins de notre époque de ne pas faire assez d'attention.

Les maladies de peau se présentent à tous les âges, dans les deux sexes; cependant quelques-unes paraissent affectionner certaines périodes de la vie; ainsi l'enfance est plus particulièrement sujette aux diverses espèces du porrigo, à quelques variétés de l'impétigo, à certains lichens; c'est dans l'enfance ou la jeunesse, que l'on observe surtout certains exanthèmes, la rougeole, la scarlatine, quelques affections pustuleuses, la variole, par exemple. Peut-être ici la raison se trouve moins dans l'âge que dans cette condition de ces éruptions elles-mêmes, qui fait qu'en général elles n'attaquent qu'une fois les individus; au contraire, l'acné se montre principalement à l'époque de la puberté; enfin, c'est dans la vieillesse que l'on voit surtout le *prurigo pedicularis*. Les femmes sont particulièrement exposées à la couperose, à l'acné. Parmi les causes prédisposantes, il faut ranger les tempéramens lymphatiques, et ces constitutions particulières que l'on pourrait appeler *sui generis*, qui font que certaines personnes, au milieu de soins hygiéniques constans, et soumises, d'ailleurs, à un régime exempt de tout excès, sont atteintes d'affections cutanées sous l'influence des causes immédiates les plus légères.

Certaines professions doivent être, pour ces maladies, une source de causes occasionnelles: ainsi les personnes qui sont

exposées à un feu trop ardent, celles qui manipulent des matières âcres ou irritantes, comme les forgerons, les épiciers, les boulangers, etc., sont plus sujettes aux lésions cutanées. Il faut ajouter ici le défaut de propreté, qui, dans bien des cas, devient une cause puissante.

Les saisons ont aussi une influence marquée sur le développement des affections de la peau : celles-ci sont plus fréquentes au printemps qu'à toute autre époque de l'année; mais c'est surtout sous l'influence de certains climats que l'on voit ces maladies se développer avec une intensité bien remarquable. Il est constant que dans les pays chauds elles ont une gravité bien autre que dans les contrées du Nord: ainsi elles sont très fréquentes et très graves dans la Grèce, dans la Palestine, dans l'Égypte, dans l'Inde; mais elles sont surtout cruelles dans les lieux où l'on trouve réunis l'excès de la chaleur et l'humidité. Certaines maladies sont endémiques à certaines contrées : ainsi le bouton d'Alep sévit endémiquement à Bagdad, dans quelques villes situées sur les bords du Tigre et de l'Euphrate, mais surtout à Alep, d'où il a tiré son nom; ainsi l'on n'observe la pellagre que dans certaines villes d'Italie; ainsi la plique sévit surtout en Pologne.

L'ingestion de certains alimens peut déterminer des éruptions cutanées, ou au moins être pour beaucoup dans leur opiniâtreté. Les moules, les huîtres et les autres coquillages, le homard, les champignons, le miel, les amandes, les framboises, les cornichons, sont les substances dont l'influence sur la peau a été le mieux constatée. Lorry cite comme pouvant produire le même effet le riz, les pommes, etc. Mais on peut dire que les accidens qui résultent de l'ingestion de ces alimens sont déterminés moins par la nature des substances elles-mêmes, que par l'idiosyncrasie des personnes, puisque les mêmes effets ne se manifestent pas chez tous les individus. L'usage prolongé du porc paraît, dans les pays chauds surtout, avoir une influence réelle sur le développement de certaines affections cutanées, de la lèpre tuberculeuse, par exemple : aussi Moïse en avait-il interdit l'usage chez les Juifs, comme, après lui, Mahomet, chez les musulmans. M. Larrey a observé, pendant la campagne d'Égypte, en 1799, que parmi les personnes qui se nourrissaient habituellement de poissons et de viandes sa-

lées, ou de chair de porc, un grand nombre avaient été atteintes d'éruptions *lépreuses*, qui se manifestaient d'abord à la face, et ensuite aux extrémités. L'usage habituel de la farine d'avoine (oatmeal) est regardé en Écosse comme la cause d'un grand nombre de maladies de la peau. Des éruptions d'une nature gangréneuse peuvent être déterminées par l'ingestion de viandes à moitié putréfiées; quelques substances, comme le copahu et la belladone, donneraient lieu au développement de la roséole ou de l'urticaire.

En général, les excès de travail, la privation de sommeil, les passions vives, les chagrins violens, etc., peuvent devenir autant de causes du développement de quelques affections cutanées, de l'herpès, l'acné, l'érysipèle, etc.

On a regardé comme pouvant devenir une cause importante des maladies de la peau, la suppression des évacuations habituelles, des règles, des hémorrhoïdes, de certaines sueurs, d'anciens émonctoires. Sans attacher à cette suppression l'importance, comme absolue, qu'on lui attribuait à une certaine époque, je crois qu'elle peut être une cause occasionnelle à laquelle l'expérience m'a appris qu'il fallait attacher quelquefois une sérieuse attention.

Les maladies de la peau, je l'ai déjà dit, paraissent souvent héréditaires. Ainsi, il n'est pas rare de voir dans une famille des individus atteints d'une éruption analogue à celle qu'éprouvent leurs parens, sans qu'ils puissent raisonnablement lui assigner aucune autre cause que cette transmission plus ou moins directe : elle est souvent remarquable pour l'*acne rosacea*, la mentagre, le psoriasis. D'un autre côté, il n'est pas rare de voir presque tous les membres d'une même famille être atteints successivement d'une maladie de peau, mais avec des formes différentes. Ainsi le fils a un eczéma quand le père avait un lichen, et enfin on voit quelquefois cette éruption transmise aux garçons seulement, ou bien cette transmission sauter une génération. J'ai observé quelquefois l'icthyose dans des conditions où je trouvais des exemples de cette hérédité singulière. J'ai vu tout récemment encore un jeune garçon atteint d'icthyose congénitale : une sœur aînée et une plus jeune que lui n'ont rien, mais son grand-père maternel en était atteint.

J'ai pu constater souvent une espèce de disposition particu-

lière, d'aptitude individuelle, en vertu de laquelle les influences morbides semblent avoir une tendance extrême à se traduire par des affections du système dermoïde. Ainsi, il y a des individus qui, pour les moindres causes, aux changemens de saison, par le moindre écart de régime, etc., éprouvent une éruption. C'est cette prédisposition héréditaire ou acquise qui a fait admettre un principe particulier, un vice dartreux. Cependant, non-seulement toutes les formes de maladies peuvent se développer sous l'influence évidente de causes externes; mais encore elles sont souvent l'expression d'un état général, pour ainsi dire accidentel, de la syphilis, par exemple. Les scrofules, le scorbut, paraissent, dans beaucoup de cas, être la cause qui a produit, ou qui entretient telle ou telle maladie de la peau. Enfin, l'expérience et l'observation ne permettent pas de douter qu'il y ait chez beaucoup de malades une liaison étroite entre certaine affection cutanée et le rhumatisme, la goutte, certaines maladies des voies urinaires, etc.

Plusieurs maladies de la peau sont contagieuses, et elles ont toutes pour caractère, que, se développant sous l'influence de causes spécifiques, elles produisent des maladies à caractères identiques. Ainsi, la rougeole, la scarlatine, la variole, pour les maladies aiguës; la gale, le porrigo, pour les affections chroniques.

On a observé des éruptions plus ou moins graves développées sous l'influence d'une cause épidémique, la miliaire par exemple; l'érythème de la paume des mains et de la plante des pieds dans l'acrodynie.

Enfin, plusieurs formes, quelquefois les plus affreuses, semblent être le résultat d'un appauvrissement, d'une détérioration profonde de l'économie, soit qu'elle ait été altérée par l'âge, soit qu'elle ait été sourdement minée par la misère et les privations de tous genres. Ainsi le prurigo pédiculaire ne reconnaît souvent pas d'autres causes; j'ai vu plusieurs fois le *purpura* se développer évidemment au milieu du dépérissement des forces, des besoins et de la misère. J'en ai en ce moment sous les yeux un exemple grave, chez un enfant de huit ans. J'ai vu, avec Biett, la lèpre tuberculeuse, cette maladie si grave, et l'éléphantiasis des Arabes, se développer sous l'influence de pareilles causes, au sein de l'Europe civilisée; l'une, sur un jeune étudiant portugais; l'autre chez un jeune

Allemand, qui, tous deux, soumis aux privations les plus dures, avaient été obligés de vivre dans des lieux humides et obscurs. Enfin, Biett a observé un cas de *porrigo favosa*, qui s'était développé au milieu de circonstances semblables.

Enfin, les maladies de la peau, aiguës ou chroniques, coïncident souvent avec un trouble intérieur plus ou moins appréciable. Les unes sont évidemment liées à un état pléthorique; les autres apparaissent dans la convalescence d'une maladie grave, ou bien accompagnent un état de souffrance d'un organe plus ou moins éloigné: celles-ci annoncent, chez les enfans, ou le travail de la dentition, ou l'existence d'une irritation gastro-intestinale: celles-là traduisent chez un adulte un trouble des fonctions digestives.

Maintenant, si l'on cherche en vertu de quelle influence spéciale la maladie produite se développe plutôt sous une forme que sous une autre, se range plutôt parmi les vésicules que parmi les papules, etc., on ne peut trouver de solutions à ce problème encore impénétrable; et cependant une grande importance s'attache à cette question, dont la solution doit conduire à la connaissance du siége précis des maladies de la peau, soit qu'elles affectent telle ou telle partie du derme, soit qu'elles s'étendent jusqu'aux dernières ramifications artérielles, veineuses ou lymphatiques.

IV. Tout le monde a senti aujourd'hui tout l'intérêt qui était attaché à l'étude du diagnostic des maladies de la peau. En effet, la confusion est facile, et l'erreur cependant peut entraîner les résultats les plus graves; là aussi, par conséquent, on doit procéder, avec la circonspection la plus constante, à l'examen le plus minutieux. En effet, quelles tristes conséquences peuvent résulter de la fausse appréciation d'une affection cutanée, quand le nom seul de certaine maladie jeté mal à propos dans une famille peut la désoler ou la troubler dans le sentiment de son honneur; quand certaines médications mal appliquées peuvent exaspérer le mal, quand l'impunité de dangers méconnus peut amener une aggravation dangereuse. Un médecin inattentif peut produire le premier de ces résultats fâcheux, en parlant de *gale* à propos d'un *lichen*, d'un *prurigo*, d'un *eczéma*; il peut, se trompant sur la nature de la maladie, voir une influence vénérienne, là où elle

n'existe pas; il peut voir une maladie redoutable, un lupus, par exemple, là où existe une éruption inoffensive; et, quand elle eût cédé à une médication émolliente, l'aggraver par le fer et les caustiques; il peut, enfin, en méconnaissant une *syphilide*, et la traitant comme une affection simple, lui laisser faire des progrès quelquefois irréparables.

L'importance extrême du diagnostic ne saurait donc être ici contestée; mais ce point admis, il reste à établir de quelle manière il peut être le plus utile de procéder dans cette partie de l'étude des maladies de la peau.

L'observation du médecin doit d'abord se porter vers la connaissance de la lésion élémentaire, soit qu'on la trouve intacte, soit qu'elle ait été modifiée plus ou moins par des lésions secondaires. Dans le premier cas, il n'est pas nécessaire d'un examen approfondi pour décider à quel ordre appartient l'éruption, si elle est *vésiculeuse* ou *bulleuse*, ou *pustuleuse*, etc. Si l'éruption est de l'ordre des *vésicules*, il restera à établir à quelle variété elle appartient: pour cela, on s'aidera de la *forme* et du *siége* de l'*éruption;* mais quelquefois la lésion primitive a été dénaturée ou masquée en partie par des lésions secondaires. Des *squames* molles, jaunâtres, résultat d'un liquide épanché, peuvent succéder à des vésicules ou à des papules: dans les affections pustuleuses, le caractère primitif peut être masqué par des *croûtes* plus ou moins épaisses, ou modifié par des ulcérations succédant à ces croûtes, et plus ou moins profondes, plus ou moins étendues. Il faut alors procéder par les mêmes moyens; distinguer de quelle nature est la lésion secondaire, puis, se rappelant les formes primitives auxquelles elles correspondent, reconnaître, dans ce cas, à quelle lésion élémentaire elle appartient; puis enfin procéder par les mêmes moyens que j'ai indiqués plus haut.

Lorsque les lésions consécutives ont dénaturé entièrement les caractères primitifs, ce qui existe rarement, on peut arriver à un diagnostic précis, en s'aidant, dans la recherche de la maladie, d'une foule de phénomènes qui deviennent autant de guides importans pour l'observateur. On examine les lésions consécutives, le siége de l'éruption, sa forme, sa coloration, sa marche, l'état général du malade, et l'on ne peut manquer d'arriver à la vérité, pourvu que l'on ait étudié avec soin cha-

cune des diverses éruptions, et pour peu que l'expérience ait familiarisé avec tous les phénomènes qu'elles peuvent présenter.

V. En général, les maladies de la peau ne sont pas des maladies graves, en ce sens qu'elles ne compromettent pas les jours des malades, si l'on en excepte toutefois quelques affections aiguës comme la variole, la rougeole, la scarlatine et l'érysipèle, etc.; et un petit nombre de maladies chroniques, la lèpre tuberculeuse, l'éléphantiasis, le lupus. Mais si les maladies de la peau n'ont pas de gravité, absolument parlant, elles sont souvent réellement graves par leur ténacité, par les inconvéniens qui en résultent, par le siége qu'elles occupent. Ainsi, certaines formes squameuses résistent souvent avec tant d'opiniâtreté, que quelques médecins ont été jusqu'à croire que l'on ne pouvait pas les guérir. Certaines éruptions de la vulve, de la marge de l'anus, sont accompagnées de démangeaisons si vives, si intolérables, que, sans compter les accidens nouveaux qu'elles occasionnent quelquefois, elles constituent une maladie insupportable. Enfin, certaines éruptions du visage chez les femmes ou les jeunes filles, ont, en raison de leur siége, une gravité réelle.

Il est toujours important, avant de juger une maladie de la peau, de tenir compte de l'état général du malade. En effet, telle affection n'existe que subordonnée à cet état général, qu'il est utile de bien apprécier. Dans ce cas, on ne peut porter de pronostic sur la maladie locale, qui ne peut plus être ni considérée, ni combattue isolément; elle peut se présenter comme un auxiliaire puissant, qu'il faut ménager et ne guérir, quand le moment est venu, qu'avec une extrême réserve et beaucoup de lenteur. On ne saurait trop étudier alors la constitution de l'individu, l'état organique intérieur, certains faits antécédens, et surtout les renseignemens puisés dans la famille.

Existe-t-il réellement des cas où une affection de la peau se présente comme le dérivatif salutaire d'une maladie interne qu'elle tend ainsi à modifier heureusement? L'expérience ne peut plus permettre de doute à cet égard, et aujourd'hui il est avéré que certaines éruptions se manifestent avec ces caractères favorables, et appellent ainsi un pronostic bien différent

de celui qu'il faudrait leur assigner dans des circonstances ordinaires. Alors il faut les respecter tant que leur présence ne présente aucun danger ; et, quand il est nécessaire de les enrayer, leur appliquer une médication prudente, toujours conforme aux conditions dans lesquelles elles se sont développées.

Je donne en ce moment des soins à un malade atteint d'un asthme avec emphysème : cet homme, depuis sept ans, n'a pas passé une seule nuit dans son lit ; cet hiver, il a été pris d'un eczéma aux jambes, avec suintement assez abondant : il n'a pas été oppressé depuis plusieurs mois.

Enfin, une éruption est encore salutaire, quand, survenant à l'état aigu, au milieu d'une forme chronique, elle modifie cette dernière, et en favorise la résolution. C'est ce que j'ai observé souvent pour l'érysipèle, la variole, la rougeole, par rapport à certains lichens, au lupus, etc. On voit souvent une maladie chronique de la peau disparaître sous l'influence d'une affection aiguë accidentelle, une entérite, une pneumonie, mais elle ne manque pas de se développer de nouveau aussitôt que le malade entre en convalescence ; et, chose remarquable, non-seulement cela a lieu pour les formes les plus chroniques, si je puis dire ainsi, le *psoriasis*, le *prurigo*, par exemple, mais encore pour des éruptions produites par une cause spéciale, les syphilides, et même, ce qui est plus étonnant, pour la gale elle-même, qui, cependant, est produite ou entretenue par la présence d'un insecte. Eh bien ! ce fait incontestable, mais mal apprécié, a plus d'une fois fait accorder au pronostic des maladies de la peau une gravité exagérée, en admettant une répercussion, là où, au contraire, il y avait disparition devant une affection acccidentelle ; en prenant, en un mot, l'effet pour la cause. Mais, aujourd'hui, aucun médecin, je pense, ne croit à la répercussion de la gale, ni aux accidens qui seraient le résultat de sa guérison intempestive.

L'expérience a fait justice de ces rêves, et les a réduits à leur juste valeur. Il reste seulement démontré que, dans certains cas, une affection cutanée peut, par sa durée infiniment prolongée, avoir, pour ainsi dire, habitué l'économie à sa présence, et en être devenue comme un accessoire nécessaire : alors il faut apporter de grands ménagemens dans la curation de cette maladie, parce que la radiation trop prompte pourrait entraîner de dangereuses conséquences.

Enfin, aujourd'hui encore, il y a des médecins qui pensent

qu'il y a des maladies de la peau qu'on ne peut, et d'autres qu'on ne doit pas guérir. A part les circonstances que je viens de signaler, et à un très petit nombre d'éruptions près, l'icthyose, le lupus, et quelques maladies, comme l'éléphantiasis, arrivées à une période avancée, on peut, avec de la persévérance, des soins médicaux et hygiéniques bien entendus, on peut, dis-je, guérir toutes les maladies de la peau, et on doit le faire.

VI. Une routine aveugle et banale a long-temps présidé au traitement des maladies de la peau; et, de nos jours encore, cette partie si importante de la science est souvent abandonnée au hasard, ou réglée par les habitudes d'une pratique uniforme, consistante dans l'emploi des *amers* et des *sulfureux*, comme spécifiques des affections cutanées. Il ne pouvait pas en être autrement quand l'étude de ces maladies était regardée comme une chose secondaire; mais, depuis quelques années, des expériences plus suivies et plus méthodiques ont enrichi la thérapeutique de ces maladies d'une foule de moyens nouveaux, dont la puissance n'est plus contestée. Il faut surtout remercier de cet important résultat Biett, qui le premier en France a constaté par des essais multipliés la valeur et l'efficacité de tous les moyens employés aujourd'hui, et qui, par ses recherches infatigables sur la pathologie cutanée, a donné à l'étude des maladies de la peau toute l'importance qu'elle mérite, en familiarisant la pratique avec l'emploi de ces agens énergiques, dont l'ignorance ou la malveillance avaient fait des fantômes qui les faisaient rejeter comme plus dangereux que le mal lui-même.

Le traitement des maladies de la peau se compose de moyens généraux et de moyens locaux.

Dans le traitement des affections cutanées, l'emploi des moyens généraux devient presque toujours indispensable: sans eux toute médication locale demeurerait le plus souvent sans effet. Ces moyens sont nombreux.

Les *saignées* sont utiles dans les affections aiguës : il est souvent nécessaire d'y avoir recours chez les jeunes gens, chez les individus pléthoriques, chez les femmes au renouvellement des saisons; tantôt c'est un moyen curatif; tantôt, et le plus souvent, c'est un moyen auxiliaire qui permet et prépare l'emploi d'agens plus ou moins actifs.

Les *purgatifs* sont d'un fréquent usage dans le traitement de ces maladies : ils sont précieux comme moyens de produire une dérivation lente et presque continue chez les individus dont les voies digestives se présentent à l'état normal. On emploie plus ordinairement le calomel, les sels solubles de magnésie et de potasse, le jalap, l'aloès, la gomme-gutte, la crème de tartre, etc.

Les *alcalins* et les *acides* sont d'un grand secours dans les formes accompagnées de prurit ou d'une exhalation abondante, dans l'eczéma, le lichen, le prurigo.

Les *antimoniaux*, rangés autrefois dans la classe des moyens spécifiques, comme les sudorifiques, sont souvent efficaces dans les éruptions chroniques, dans les formes squameuses, dans les syphilides.

Les *sulfureux*, auxquels on doit faire le reproche d'avoir été et d'être trop souvent encore employés inconsidérement, sont des médicamens très puissans dans la plupart des formes chroniques. Mais quoiqu'ils puissent être très utiles dans certaines circonstances, on ne saurait trop répéter qu'il faut être très sobre dans leur emploi, précisément parce qu'une foule de praticiens les regardent comme une panacée applicable à toutes les affections de la peau. Si ces moyens peuvent être d'une application avantageuse quand ils sont employés avec discernement, ils produisent aussi des résultats contraires à ceux qu'on en peut attendre quand ils sont appliqués indistinctement et au hasard.

Les *préparations arsenicales* et la *teinture de cantharides*, employées depuis long-temps avec succès en Angleterre, ont été introduites en France dans la thérapeutique des maladies cutanées, par Biett avec un rare bonheur ; et aujourd'hui, malgré quelques déclamations au moins inexpérimentées, les préparations arsenicales, dont les formules ont pris place à présent dans le Codex, sont, sans contredit, les médicamens les plus précieux avec lesquels on puisse combattre et guérir radicalement certaines formes chroniques et rebelles des maladies de la peau.

Malgré l'action souvent énergique des divers remèdes intérieurs auxquels on peut avoir recours dans le traitement des affections cutanées, il est ordinairement utile pour la seconder d'avoir recours à l'emploi de moyens locaux. Ces moyens consistent généralement dans des *applications émollientes*, des

décoctions de son, d'orge, de fleurs et de racines émollientes, la gélatine dissoute dans de l'eau tiède, la fécule de pommes de terre, la farine de riz en cataplasmes, les bains locaux ou généraux tièdes, le lait, les émulsions; on y comprend aussi les graisses sous forme d'ouguent et de pommade, pourvu qu'elles soient très fraîches; aussi doit-on leur préférer les cérats, certaines préparations de plomb, l'extrait de Saturne, l'acide hydrocyanique, ou l'eau de laurier-cerise, le cyanure de potassium, employé avantageusement contre les démangeaisons.

Les *saignées locales* doivent être pratiquées dans le voisinage de l'éruption, plutôt que sur l'éruption même; et, en général, il est nécessaire de les répéter plusieurs fois.

Les *irritans*, qui paraissent agir en modifiant le mode de vitalité de la peau, comprennent certaines pommades composées de sels mercuriels, sulfureux; des iodures, des lotions analogues; l'application de vésicatoires, à la méthode d'Ambroise Paré; les bains et les douches de vapeur, les bains alcalins et sulfureux administrés sous toutes les formes; enfin les caustiques dont on se sert pour borner les ravages d'une maladie qui procède par voie de destruction. Alors on emploie, selon les circonstances, des caustiques plus ou moins actifs: pour les cautérisations légères, par exemple, l'acide hydrochlorique, le nitrate d'argent. S'il faut obtenir une cautérisation plus profonde, comme dans le lupus, on a recours à des agens plus énergiques, à la pâte arsenicale du frère Côme, au nitrate acide de mercure, au chlorure de zinc. Mais alors l'emploi de ces caustiques demande une main exercée.

VII. Dans tout ce qui précède, il n'a été question que des maladies propres à la peau, maladies qui ne sauraient être rangées, au moins pour la plupart, dans aucune des classes qui composent le cadre nosologique. Mais, indépendamment de ces maladies spéciales, la peau est quelquefois le siége d'altérations analogues à celles que l'on peut observer dans d'autres tissus, dans d'autres organes. La plupart ont été traitées déjà, ou le seront plus tard, dans des articles généraux ou spéciaux de ce Dictionnaire; mais c'est ici le lieu d'en mentionner quelques-unes.

Sans parler des plaies ou brûlures, de la gangrène, etc. (*voy.* ces mots), la peau peut être le siége d'hémorrhagies, de

lésions plus ou moins profondes dans sa sensibilité ; on peut y observer des dégénérescences, des productions accidentelles, des tumeurs diverses, etc. Enfin ses annexes peuvent aussi présenter plusieurs altérations plus ou moins remarquables.

Hémorrhagies de la peau. — Indépendamment de la maladie qui a été classée plus haut dans les affections propres de la peau, sous le nom de *purpura*, et qui consiste dans un épanchement de sang qui peut avoir lieu dans les aréoles du derme ou du tissu cellulaire sous-cutané, il y a des faits remarquables qui prouvent que la peau peut éprouver des hémorrhagies plus ou moins abondantes, plus ou moins actives. Ces hémorrhagies sont fort rares : elles peuvent avoir lieu par toute la surface de la peau, ou par quelques points seulement. Quand elles étaient locales, elles se faisaient par une cicatrice, ou par un vésicatoire ; quelquefois la peau était intacte, et alors l'exhalation sanguine avait lieu sous forme de sueur ; dans d'autres circonstances, elle était recouverte de taches plus ou moins rouges : elles ont paru reconnaître pour cause, tantôt une émotion morale vive, tantôt la suppression d'une hémorrhagie habituelle ; quelquefois une forte contraction musculaire.

J'en ai observé un cas fort curieux au mois de novembre de l'année dernière, chez une jeune fille de quinze ans, à peau blanche, irritable, à constitution lymphatique et nerveuse. Cette jeune fille, après avoir éprouvé des attaques d'hystérie assez graves, fut réglée à treize ans. La menstruation n'avait eu que peu d'influence sur ces accidens nerveux, qui disparurent complétement devant une gastralgie qui fut assez forte pour faire tomber la jeune malade dans une faiblesse extrême. Les règles venaient très exactement, quand, au mois de septembre 1839, parut pour la première fois la maladie hémorrhagique de la peau ; la malade s'attrapa légèrement au bras ; il s'y forma une petite plaie, qui, au bout de trois ou quatre jours, devint très vive, et ne répandit que du sang. Elle n'était pas guérie, qu'il s'en forma de nouvelles, sans autres causes extérieures, sur la main, puis sur la figure ; celles-ci se présentaient sous la forme de plaques arrondies, très rouges. Bientôt elles devenaient le siége d'une exhalation sanguine, abondante, et elles allèrent ainsi en s'agrandissant insensiblement pendant quelques jours : puis la plaque se séchait, se

ternissait, et ne laissait plus que des empreintes plus ou moins profondes, dont quelques-unes paraissaient devoir être indélébiles. Les choses ont duré ainsi jusqu'au mois de mars 1840, époque à laquelle toutes les plaques alors subsistantes ont séché subitement; époque aussi où les vomissemens ont reparu. C'est au mois d'octobre de la même année que me fut adressée cette jeune malade. Ses *plaies*, comme elle disait, avaient reparu depuis un mois : elles se comportaient d'ailleurs de la manière que j'ai décrite plus haut; seulement, cette fois, elles ne se présentaient pas en anneaux, mais elles avaient une forme allongée; du reste, même marche, même suintement, même terminaison. J'ai donné alors la consultation qu'on me demandait : depuis, la malade est repartie dans son pays, et je n'en ai plus entendu parler; j'ignore ce que cette altération est devenue.

Anesthésie de la peau. — La sensibilité de la peau peut être diminuée ou complétement abolie, soit qu'elle accompagne une paralysie du mouvement, soit qu'elle existe sans lésion de la motilité. Dans le premier cas, l'insensibilité d'une région plus ou moins étendue du corps est le plus souvent le résultat d'une lésion matérielle du cerveau ou de la moelle épinière. Dans le second cas, au contraire, elle peut être bornée à une surface plus ou moins limitée, et traduire l'altération isolée d'un seul nerf, ou celle de filets nerveux de plusieurs nerfs différens : ainsi on l'a vue bornée exactement à la distribution d'un nerf du sentiment, ou bien limitée à une partie du tronc, à un bras, à une main. Dans l'acrodynie, l'anesthésie bornée à la plante des pieds, à la paume des mains, était quelquefois assez complète pour ôter aux malades la conscience du sol sur lequel ils marchaient; d'autres fois, au contraire, la sensibilité n'était que viciée, et les malades avaient une sensation fausse ou inexacte des corps avec lesquels ils étaient en contact. Dans l'éléphantiasis des Grecs, l'insensibilité des taches est un des premiers symptômes qui trahissent l'existence de cette affreuse maladie.

Hyperesthésie. — L'exaltation de la sensibilité de la peau est un symptôme remarquable des phlegmasies de la moelle épinière. On l'observe dans beaucoup de névroses; je l'ai vue un grand nombre de fois accompagnée d'un prurit intolérable dans une foule de circonstances où il n'y avait aucun élément

anatomique percevable; et l'on sait qu'il y a plusieurs affections prurigineuses dans lesquelles il est très difficile de la modérer.

Mélanoses de la peau. — Il est peu de tissus dans lesquels on n'ait rencontré de la matière mélanique, bien que les faits qui lui ont été rapportés, et notamment celui d'Alibert (*Nosologie naturelle*), n'appartiennent pas tous à la peau : il est évident que la mélanose peut être déposée dans l'épaisseur de cette membrane. MM. Breschet et Ollivier (d'Angers) en ont observé des exemples, et j'en ai déjà cité plusieurs cas dans ce Dictionnaire (*voy.* l'art. MÉLANOSE).

Cancer. — La peau peut présenter deux formes de cancer, qui, ni l'une ni l'autre, au moins dans le début, n'offrent ni les élémens anatomiques, ni les principaux caractères appartenants aux deux tissus accidentels qui constituent une dégénérescence cancéreuse. L'un, cancer de la face (*noli me tangere*), consiste d'abord dans un tubercule plus ou moins dur, plus ou moins douloureux, qui se développe ordinairement dans un âge avancé, sur les lèvres, sur les joues, etc., et surtout sur le nez, qui peut rester un temps considérable avant de s'ulcérer, et qui, plus tard, se change en une plaie ulcéreuse peu étendue d'abord, peu caractéristique, et qui bientôt fait des progrès, acquiert un fond squirrheux, envahit la peau et les cartilages, attaque les os et les détruit profondément, etc. (*voy.* FACE et CANCER).

L'autre, observée et décrite sous le nom de *cancer des ramoneurs*, consiste dans une excroissance verruqueuse du scrotum, qui, après être aussi restée plus ou moins long-temps stationnaire, donne lieu à une ulcération squirrheuse qui envahit le scrotum, le testicule et le cordon. Cette forme a été d'ailleurs tout-à-fait assimilée, par M. Bérard, au cancer de la face (*voy.* CANCER et SCROTUM).

Diphthérite cutanée. — On a vu, dans le cours d'une épidémie, la peau se recouvrir de fausses membranes dans une étendue plus ou moins considérable; mais toujours alors ulcérée ou dépouillée de son épiderme, elle se rapprochait, au moins au point de départ, de l'organisation des membranes muqueuses (*voy.* DIPHTHÉRITE).

Enfin la peau peut être altérée dans ses annexes, et présenter une foule de maladies qu'il est impossible d'examiner

ici sous un point de vue général (*voy.* Alopécie, Onyxis, Plique, Poils, etc.). Cazenave.

Bibliographie. — Les maladies de la peau, comme il a été remarqué dans l'article précédent, ont été connues dès la plus haute antiquité: plusieurs espèces sont signalées dans les premiers monumens de l'art, dans divers traités hippocratiques. Puis les connaissances s'augmentent: un plus grand nombre d'espèces sont reconnues ou mieux décrites dans les ouvrages généraux des anciens auteurs, depuis Celse (lib. v, sect. xxviii) jusqu'aux Arabes et aux auteurs du moyen âge, tels que Galien, Arétée, Cœlius Aurelianus, Aetius, Alexandre de Tralles, Paul d'Égine, Rhazès, Avicenne, Avenzoar, Guy de Chauliac, Fernel, Forestus, Schenck, Sennert. A dater de la fin du xve siècle, des traités furent consacrés spécialement à ces affections; mais ce ne fut que dans le xviiie qu'elles commencèrent à être décrites avec étendue et d'une manière méthodique.

Mercuriali (Jér.). *De morbis cutaneis libri* ii, *et de omn. corporis hum. excrementis libri* iii, *Opera* P. Picardii. Venise, 1572, in-4; Bâle, 1576, in-8°. Ibid., 1577, in-4°. — *De decorutione liber, etc.* Venise, 1585, 1601, 1625, in-4°, etc; avec les livres *De morb. cutan.* Ed. J. Mancini; Francfort, 1687, in-8°.

Hafenreffer (Sam.). Πανδοχεῖον αἰολόδερμον *in quo cutis eique adhærentium partium affectus... traduntur.* Tubingue, 1630, in-12. Ulm, 1660, in-8°.

Willis (Thomas). *De affectibus cutaneis, eorumque morbis.* Dans sa *Pharmaceutica rationalis*, sect. iii, cap. v. Oxford, 1673, in-4° et aliàs; et *Opp. omn.* Réimpr. dans Manget, *Biblioth. med. prat.*, t. i.

Turner (Dan.). *Treutise on the diseases incident in the skin.* Londres, 1714, 1720, 1731, in-8°. Trad. en fr.; Paris, 1743, in-12, 2 vol.

Lorry (An. Ch.). *Tractatus de morbis cutaneis.* Paris, 1777, in-4°.

Plenck (J. J.). *Doctrina de morbis cutaneis, qua hi in suas classes, genera et species rediguntur.* Vienne, 1776, in-8°. Ibid., 1783, in-8°.

Poupart. *Traité des dartres.* Paris, 1782, in-12. 2e édit., augm. Ibid., 1784, in-12.

Willan (Rob.). *Description and treatment of cutaneous diseases.* Londres, 1798-1801-5-7, in-4°, fig. — *Reports on the diseases of London, etc.* Ibid., 1801, in-12. — *Miscellaneous works...* Edit. by A. Smith. Ibid., 1821, in-8°.

Borsieri (J. B.). *De morbis exanthematicis febrilibus.* Dans ses *Institut. medicinæ pract.* 1785-9. — *De morbis cutaneis non febrilibus,* form. le t. iii de ses *Opp. posthuma.* 1822.

Franck (J. P.). *De exanthematibus; De impetiginibus.* Dans *Epitome de cur. hom. morbis*, lib. iii et iv, 1792-3.

Chiruigi (Vinc.). *Delle Malattie cutanee sordide in genere e in specie, trattato theorico-pract.* Florence, 1799, 2e édit. 1807, in-8°, 2 vol.

DOBSCHA (Fr. A.). *De cute et morbis cutaneis eorumque curatione.* Iéna, 1805, in-8°.

ALIBERT (J.-L.). *Description des maladies de la peau observées à l'hôpital Saint-Louis, etc.* Paris, 1806-25, in-fol., fig. coloriées. Nouvelle édit., entièrement refondue. Paris, 1832, in-fol., fig. — *Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau.* Paris, 1810, in-8°, 2 vol. Ibid., 1822, in-8°, 2 vol. — *Monographie des dermatoses, ou précis théor. et prat. des maladies de la peau.* Paris, 1835, in-4°; et in-8°, 2 vol., 15 fig.

WILSON (John). *A familiar treatise on cutaneous diseases.* Londres, 18..; 1814, in-8°.

BATEMAN (Thom.). *A practical synopsis of cutaneous diseases according to the arrangement of D^r. Willam.* Londres, 1813, in-8°. 7e édit. Ibid., 1829, in-8°, 8e édit., by A. Todd. Thomson. Ibid., 1831, in-8°. Trad. en fr. par Bertrand, sur la 5e édit. Paris, 1820, in-8°. — *Delineations of cutaneous diseases, etc.* Londres, 1817, in-4°. M. A. Todd. Thomson a publié en 1829 un extr. de cet atlas, avec add. de plusieurs fig. originales. — *Reports on the diseases of London.* Ibid., 1819, in-8°.

NUSZHARD (Fr. W.). *Skizze einer Dermato-Pathologie.* Prague, 1816, in-8°, fig.

SZALAY (Emer.). *Tractatus medicus de morbor. cutis secundum formas externas dispositis.* Vienne, 1818, in-8° (d'après Willan et Bateman).

FRANK (Jos.). *Doctrina morborum cutis.* Dans *Praxeos med. univ. præcepta.* Pars. I, vol. 1, sect. II. 1821, 2e édit.; 1826. *Doctr. scarlat., morbill., etc.* Pars. I, vol. 3, sect. I. 1829. *Doctr. de morbis cutis chronicis.* Sect. II, 1829.

PLUMBE (Sam.). *A practical treatise on diseases on the skin.* Londres, 1824, in-8°, 4e édit. très augm. avec pl. color. Ibid. 183., in-8°.

BERGMANN (C. A.). *Die Krankheiten der Haut, der Haare und Nägel am menschlichen Körper.* Leipzig, 1824, in-8°.

KLAATSCH. *Tabellarische Uebersicht der Hautkrankheiten nach Willan's System.* Berlin, 1824, in-fol.

RAYER (P.). *Traité théorique et pratique des maladies de la peau.* Paris, 1826-7, in-8°, 2 vol. 2e édit. entièrement refondue. Ibid., 1835. in-8°, 3 vol. (L'introduction de cette 2e édit. contient une très bonne histoire littéraire des malad. cutanées.)

DENDY (Walt.). *Treatise of the cutaneous diseases incident to child hood.* Londres, 1827, in-8°.

BILLARD (Ch.). *Des maladies de la peau.* Dans son *Traité des mal. des enfans nouveau-nés et à la mamelle.* ch. 1er. Paris, 1829.

CAZENAVE (Alphée) et SCHEDEL (H. E.). *Abrégé pratique des maladies de la peau.* Paris, 1828, in-8°. Ibid., 1833, in-8°. Ibid., 1839, in-8°, fig.

STRUVE (L. Aug.). *Synopsis morborum cutaneorum.* Berlin, 1829, in-fol., fig. En allem. et en lat.

GIBERT (C. M.). *Manuel des maladies spéciales de la peau, vulgairement*

connues sous le nom de dartres, teignes, gale, etc. Paris, 1834, in-18. 2e édit., sous le titre : *Traité des maladies spéciales de la peau, etc.* Ibid., 1839, in-8°.

THOMSON (Ant. Todd.). *Atlas of delineations of cutaneous eruptions.* Londres, 1829, in-8°. — *Diseases of the skin with commentaries.* Ibid., 183., in-8°, avec atlas in-fol.

PUCHELT (Fréd.-Aug.-Benj.). *Die Hauskrankheiten in tabellarische form., etc.* Heidelberg, 1836, in-4°.

WILLIS (Rob.). *Illustrations of cutaneous diseases. A series of delineations of the affections of the skin, in their more interesting and frequent form; with a practical suammry of their symptoms, diagnosis and treatment.* Londres, 1839-41, in-fol.

LEIDENFROST (J. G.). Resp. J. MELCH ZWICKI. *De statu præternaturali retis malpighiani, seu de morbis supracutaneis.* Duisbourg, 1771; et dans *Opuscula,* t. III, n° 2.

ISENFLAMM (J. Fréd.). *Diss. de morbis cutaneis.* Erlangue, 1771, in-4°.

ROUSSEL (H. F. A.). *Diss. de variis herpetum speciebus.* Caen, 1779, in-8°.

PUJOL (Alex.). *Diss. sur les maladies de la peau, relativement à l'état du foie.* Dans *Mém. de la Soc. roy. de méd.*, 1786; et dans *Œuvres méd.*

RETZ. *Des maladies de la peau, et particulièrement de celles du visage et les affections morales qui les accompagnent, etc.* Amsterdam et Paris, 1785, in-12. 3e édit. 1789, in-12.

JACKSON (S. H.). *Dermatopathologia; on practical observations on the pathologie and causes of diseases of the skin.* Londres, 1792, in-8°.

NEBEL (Ern. L. W.). *Antiquitates morborum cutaneorum.* Gressen, 1793, in 4°.

SCHMIDT. *Cutis morbi ex materia animalis, mixtura, et forma mutatis cognoscenda. Diss.* Halle, 1799, in-4°.

HAASE (Wilh. Andr.). *De exantematibus chronicis in universum.* Spec. I. Leipzig, 1820, in-4°.

WILKINSON (J. H.). *Remarks on cutaneous diseases.* Londres, 1822, in-8°.

PAGET (John). *An essay on the comparative merits of artificial and natural classification, as applied to diseases of the skin.* Dans *The Edinb. med. and surg. journ.* 1833, t. XXXIX, p. 255. Trad. dans *Rev. méd.*, 1833, t. II, p.

DAUVERGNE (A. H. A.). *Histoire de l'inflammation dartreuse, suivie de l'historique des dartres depuis les temps hippocratiques jusqu'à nous.* Thèse. Paris, 1833, in-4°.

MARTINS (Ch.). *Les préceptes de la méthode naturelle appliqués à la classification des maladies de la peau.* Thèse. Paris, 1834, in-4°.

BAUMÈS. *Lettre d'un médecin de province aux dermatophiles des hôpitaux de Paris.* Paris, 1834, in-8°. — *Essai sur la fluxion, appliqué à la connaissance théor. et prat. des maladies de la peau.* Paris, 1837, in-8°.

GERDY (J. V.). *Quelques considérations sur les maladies de la peau et leur classification.* Dans *Propos. d'anatom., de pathol., etc.* Thèse. Paris, 1837, in-4°. R. D.

PECHER (*Persica vulgaris*, Mill.-Rich., *Bot. méd.*, t. II, p. 536). — Cet arbre, originaire de la Perse, naturalisé et abondamment cultivé dans toutes les provinces de l'Europe, appartient à la tribu des Amygdalinées, dans la famille des Rosacées, et à l'Icosandrie monogynie. Lorsqu'il est abandonné à lui-même, il a le même port que l'amandier; comme lui il développe ses fleurs dès les premiers jours du printemps, avant que ses feuilles commencent à paraître. Ses fruits, qui sont des drupes charnues, ayant un noyau dont la surface est profondément sillonnée, sont trop connus pour que nous croyions devoir les décrire ici. On sait qu'il y en a trois variétés ou races principales, savoir, 1° les *pêches* proprement dites, qui sont tomenteuses, et dont le noyau se sépare facilement de la chair; 2° les *pavies*, dont la pellicule est également velue, et le noyau adhérent; 3° les *brugnons* qui ont la pellicule lisse et glabre.

Les amandes du pêcher, de même que celles de la plupart des autres arbres de la même tribu, sont amères, et contiennent une certaine quantité d'acide hydrocyanique. On pourrait les employer dans les mêmes circonstances que les amandes amères. Ses feuilles jouissent des mêmes propriétés, et on s'en sert quelquefois pour aromatiser le laitage.

Les fleurs du pêcher sont la partie de l'arbre la plus fréquemment employée en médecine. Elles sont légèrement purgatives; et cette action paraît résider plus spécialement dans le calice, qui, de même que toutes les autres parties herbacées du pêcher, a cette saveur amère qui dépend de la présence de l'acide hydrocyanique. On les donne, soit en infusion à la dose d'une à deux pincées pour quatre onces d'eau, soit et plus souvent sous la forme de sirop. Ce dernier est surtout très employé chez les enfans. C'est une préparation peu énergique, mais qui néanmoins ne manque pas d'une certaine action.

Il découle du pêcher, de même que des autres arbres dru-

pacés, une gomme légèrement colorée, qui jouit des propriétés communes à toutes les substances de ce genre, et pourrait, en cas d'urgence, remplacer la gomme arabique.

A. RICHARD.

PECTORAL. *Voy.* BÉCHIQUE.

PEDILUVE. — Bain partiel dans lequel les pieds seulement sont plongés. Les effets immédiats des péditives, comme ceux des manuluves, varient suivant le degré de chaleur des liquides qui sont employés, et les propriétés particulières des substances que ces liquides tiennent en dissolution. Les péditives très chauds et les froids, quoique opposés d'abord dans leur manière d'agir, produiseut une sensation vive sur la peau des pieds, y développent un excès d'action, et bientôt après une transpiration locale plus abondante. Les péditives chauds, dont a soin d'augmenter par degrés la chaleur, et dont on prolonge l'usage pendant assez long-temps, déterminent d'une manière purement physique une dilatation graduée du système vasculaire, un afflux plus abondant des liquides vers les pieds, et consécutivement, comme dans le premier cas, une perspiration locale très évidente. Ces effets sont encore plus marqués si, au lieu d'eau chaude ou d'une décoction mucilagineuse, on se sert de liquides tenant en dissolution 30 ou 60 grammes d'acide hydrochlorique ou d'acide nitro-muriatique, de la potasse, du savon, de l'hydrochlorate de soude, de la moutarde liquide ou de la farine de moutarde. Ces substances stimulantes ajoutent par elles-mêmes à l'excitation produite par la chaleur des liquides, et contribuent encore à appeler une plus grande vitalité vers les extrémités plongées dans l'eau, et à augmenter l'effet révulsif ou dérivatif.

Il résulte, des effets immédiats des différens pédiluves, qu'ils ne peuvent pas être tous employés indifféremment dans des circonstances semblables. Les pédiluves très froids ne doivent pas être mis en usage toutes les fois qu'il y a peu d'énergie, refroidissement des extrémités : ils ne conviennent que lorsqu'il y a excès de chaleur, et ils déterminent d'abord un effet répercussif. Les pédiluves qu'on échauffe graduellement conviennent, au contraire, spécialement dans les céphalalgies avec

congestion vers la tête, dans les cas d'anévrysme du cœur ou des gros vaisseaux, dans les catarrhes pulmonaires, les pneumonies et les pleurésies, dans les angines, les ophthalmies, dans certaines aménorrhées. Les pédiluves très chauds sont plus spécialement utiles lorsqu'il est nécessaire d'attirer promptement vers les extrémités inférieures un point d'irritation, ou de réveiller la sensibilité affaiblie, comme dans les cas de congestion cérébrale, de convulsion et de paralysie, et dans l'espèce de collapsus qui succède souvent à ces maladies. GUERSENT.

PELLAGRE (*pellagra*, de *pellis ægra*, peau malade). — Nom sous lequel on désigne une maladie cutanée qui règne dans presque tout le nord de l'Italie, mais plus particulièrement dans les campagnes du Milanais. Cette affection, qui se lie ordinairement avec des désordres intérieurs, et fait chaque jour un grand nombre de victimes, a déjà fixé, malheureusement sans beaucoup de succès, l'attention des divers gouvernemens qui se sont succédés dans ce beau pays, depuis près d'un demi-siècle. En effet, il y a des cantons où, d'après le docteur Strambio, qui écrivait en 1784, le vingtième de la population en était déjà atteint, et l'on sait que le mal a encore fait d'immenses progrès depuis cette époque.

Ayant commencé entre le Pô et les Alpes, où elle est tout-à-fait endémique, cette maladie s'est étendue de la Lombardie dans la Toscane, dans le pays vénitien et jusqu'aux frontières de la Carniole. La plupart des auteurs la regardent comme pouvant être héréditaire, mais non comme contagieuse. Elle est infiniment plus commune chez les femmes que chez les hommes, chez les adultes que parmi les enfans, et attaque à peu près exclusivement les habitans pauvres des campagnes. Enfin, Moscati, Odoardi, et presque tous les médecins qui l'ont observée, pensent qu'elle est nouvelle; et il faut convenir que tout porte à croire qu'elle était inconnue dans le pays avant 1715. M. Rayer fait avec raison remarquer la grande analogie qui existe entre cette affection et celle qui règne épidémiquement dans les Asturies, principalement aux environs d'Oviedo, laquelle a été bien décrite par Thiéry, sous le nom de *mal de la rosa* (*Traité des mal. de la peau*).

La pellagre s'annonce ordinairement par un malaise général,

de l'abattement, de la tristesse, de l'éloignement pour le travail, état dont la durée varie depuis quelques jours jusqu'à plusieurs semaines; après quoi il se manifeste un érythème vague, qui se porte alternativement sur différentes régions du corps, mais spécialement sur celles qui sont exposées à l'impression de l'air et des rayons du soleil. Les gens du pays, avant qu'il eût pris un aussi grand développement, le désignaient sous les noms de *mal rosso, mal del sol,* ou *mal del padrone,* c'est-à-dire mal rouge, mal du soleil, et mal du maître. Titius l'a appelé *mal de misère,* parce qu'il attaque les cultivateurs les plus pauvres et les plus nécessiteux.

Strambio, dont l'ouvrage est remarquable par la bonne foi avec laquelle il a été écrit, et qui se trouvait à portée de bien voir, puisqu'il dirigeait alors le seul hôpital où l'on traitât la pellagre, celui de Legnano, fondé par Joseph II, mais qui n'a subsisté que pendant cinq ans, distingue les symptômes en externes, qui se manifestent sur la peau, et en internes, qui paraissent dus à l'affection de quelque viscère, ou à la lésion de quelque grande fonction. Au nombre des premiers, il cite la chute des poils et des cheveux, les rugosités de la peau du dos des mains, des cou-de-pieds, du cou, et de la région antérieure et supérieure de la poitrine, qui se couvrent de taches d'un rouge clair, arrondies, quelquefois blanches, ou bien semblables à des ecchymoses scorbutiques. D'autres fois, ce sont des vésicules pleines de sérosité limpide, ou de simples gerçures; mais presque toujours il s'y manifeste une desquamation épidermoïque furfuracée, altération qui se montre de préférence sur les parties désignées, que les malades en question portent toujours nues, quoiqu'elle puisse être aussi occasionnée sur toutes les autres régions du corps, par le seul fait de l'insolation, lorsque déjà la constitution a éprouvé des modifications qui l'y disposent. Quoi qu'il en soit, cette affection est ordinairement accompagnée, aux points de l'enveloppe cutanée qui en sont atteints, de tension, de chaleur, et parfois d'un léger prurit. La peau du visage est assez communément exempte de toute altération profonde; seulement le front et les joues présentent parfois des tubercules, ou un simple épaississement du derme.

Les signes internes de cette maladie sont infiniment plus nombreux. On remarque surtout des douleurs de tête, géné-

rales ou partielles, vives, lancinantes ou sourdes, des tintemens d'oreilles, des bruissemens, des vertiges, l'amblyopie, les convulsions des yeux, du délire tantôt aigu, tantôt chronique et portant au suicide, le spasme des muscles de la face, la rigidité de ceux du cou et du tronc, et une sensation de fourmillement tout le long de la colonne vertébrale. La respiration devient difficile; il survient des douleurs dans le thorax, le foie, les intestins; le malade éprouve des désirs vénériens insolites; il a des spasmes, des tremblemens, des crampes, et se sent souvent poussé par une force irrésistible à faire une course rapide, au bout de laquelle il tombe sans mouvement et sans connaissance. Il crache avec grande abondance une salive visqueuse et tellement salée, qu'il est certaines contrées où, d'après cette seule circonstance, on ne désigne la pellagre que sous le nom de *salsedina*, qui répond à notre mot *salure*. Ce liquide coule fréquemment alors d'une bouche béante, annonçant l'idiotisme, par lequel se termine, dans les cas les moins défavorables, cette fâcheuse maladie. Le plus ordinairement, des signes d'irritation gastrique se manifestent, tels que vomissemens bilieux, langue saburrale, épaisse, anorexie alternant avec des appétits extraordinaires. Les intestins et autres organes de l'abdomen s'affectent à leur tour, et les malheureux malades, auxquels il survient des sueurs sales et fétides, de la fièvre lente avec de faibles rémissions, terminent leur carrière, avec trop de lenteur, selon eux, par des diarrhées colliquatives, des engorgemens ou des hydropisies, à moins que l'état de phlegmasie chronique de ces viscères, qui paraît constituer l'essence de la maladie, et dont l'affection de la peau n'est probablement qu'un effet sympathique, auquel le climat, le genre particulier de travail, la malpropreté et le mauvais air disposent, sans aucun doute, ne prenne, à raison de la jeunesse du sujet ou de quelque cause purement accidentelle, un caractère aigu. Alors cet état donne lieu à une fin plus prompte, en déterminant, selon les cas, différens groupes de phénomènes morbides dont la combinaison, susceptible elle-même de nombreuses variétés, représente souvent ce que pendant long-temps nous avons appelé des fièvres adynamiques, ataxiques, ou autres, et qu'on connaît plus généralement aujourd'hui sous le nom de fièvres typhoïdes.

Les pellagreux sont, en général, tristes, abattus; ils conservent quelquefois jusqu'au dernier moment un embonpoint ordinaire; mais leur pouls est petit et misérable; les gencives deviennent rouges, gonflées et saignantes (*scorbuto alpino*). Dans beaucoup d'autres cas, ils maigrissent, et ont d'ailleurs toujours les traits tirés et indiquant de profondes souffrances. Pendant quelques années, la maladie, à cela près des signes précurseurs dont il a été parlé plus haut, se borne aux éruptions cutanées qui se renouvellent avec régularité à chaque printemps, lorsque le soleil commence à prendre de la force, et durent jusqu'en septembre, c'est-à-dire pendant sept ou huit mois. Après deux ou trois ans, les symptômes concomitans les plus graves se manifestent, ou ceux préexistans s'exaspèrent; ils ne cèdent plus à dater de cet instant-là, quand bien même, ce qui arrive quelquefois, l'éruption se dissiperait pour toujours; et le malheureux malade est obligé de cesser ses travaux. Ici commence ce que les auteurs appellent la seconde période de la pellagre. C'est à cette phase de la maladie que la menstruation se supprime chez la plupart des femmes, et que l'éruption s'accompagne, dans l'un comme dans l'autre sexe, d'un certain degré de folie, affectant le plus souvent la forme religieuse, avec tendance au suicide, et dégénérant parfois en monomanie homicide, qui s'exerce de préférence sur les enfans. De nombreuses autopsies faites dans l'hôpital de Saint-Ambroise de Milan, par MM. Panceri, père et fils, assistés par notre compatriote M. Brière de Boismont, établissent de la manière la plus incontestable que ces sortes d'aliénations mentales sont dues à une phlegmasie chronique des méninges, qui se propage souvent jusque dans le canal rachidien. Du reste, il résulte de toutes les recherches d'anatomie pathologique auxquelles s'est personnellement livré M. Brienne de Boismont, pendant son séjour en Italie, que, dans tous les sujets morts de la pellagre, les organes digestifs ont été trouvés manifestement lésés et offraient des traces évidentes d'inflammation.

L'attention de se préserver de l'impression d'un soleil brûlant peut, jusqu'à un certain point, prévenir la desquamation qui suit ordinairement l'affection locale de la peau; mais elle ne s'oppose pas à l'apparition des taches érysipélateuses, à chaque retour annuel de la belle saison, et quelquefois à

l'automne, non plus qu'à la manifestation des symptômes concomitans, qui existent même chez quelques individus exempts d'éruptions cutanées. Ces dernières, du reste, lorsqu'elles ont lieu, ce qui est presque constant, après plusieurs alternatives de retour et de guérison, finissent souvent par devenir permanentes et persévèrent presque au même degré pendant toutes les saisons; ce qui paraît avoir lieu lorsque des attaques réitérées ont altéré le tissu de la peau, qui prend alors un aspect présentant beaucoup d'analogie avec ce qu'on observe chez les sujets atteints de lèpre ou d'éléphantiasis.

La pellagre se termine quelquefois par la guérison, si l'on peut nommer ainsi l'état déplorable d'imbécillité, de faiblesse, et de nullité absolue, dans lequel restent les malades; incapables désormais de se livrer à aucun travail utile, et qui seraient à charge à eux-mêmes, s'ils pouvaient avoir la conscience de leur situation; mais qui, à coup sûr, le sont encore plus à la société, à la charité de laquelle ils ont presque tous recours. Ce sont ordinairement les sujets cacochymes, faibles de constitution, qui jouissent de ce triste avantage, quoiqu'ils finissent presque toujours, mais beaucoup plus tard, par mourir d'hydropisie ou de phthisie pulmonaire. Ceux d'un tempérament plus robuste sont exposés à des maladies plus fortes, et particulièrement à des phlegmasies suraiguës de quelques autres viscères importans, maladies qui se terminent communément d'une manière funeste, et dont l'existence a été constatée par les autopsies cadavériques consignées dans les ouvrages publiés sur cette matière, quoique leurs auteurs, subjugués par les idées alors dominantes, relatives à l'essentialité des fièvres, en aient presque tous tiré des conséquences opposées à ce que l'état actuel de la science peut faire pressentir, et doit raisonnablement faire attendre des travaux dont cette redoutable affection pourra être ultérieurement l'objet.

Le tableau rapide que nous venons de tracer doit suffire pour indiquer d'une manière générale la marche que suit la pellagre; mais cette maladie présente aussi des anomalies qu'il ne sera pas inutile de signaler. Ainsi, bien qu'il soit vrai de dire, en général, que les symptômes éruptifs reviennent une fois tous les ans, quelquefois cependant ils reparaissent de six en six mois, tandis qu'on les a vus, dans certains cas, ne se montrer qu'après un intervalle de deux ou trois années. Quant

à la durée de la pellagre, souvent elle se termine en trois ou quatre ans; fréquemment aussi, ce n'est qu'au bout de dix ou douze. Chez quelques malades, il survient des fièvres intermittentes; chez d'autres, c'est une paralysie ou la danse de Saint-Guy; chez presque tous, les facultés intellectuelles s'altèrent en raison des progrès du mal; enfin une foule de désordres organiques pouvant précéder ou accompagner la pellagre dans sa marche toujours chronique, on conçoit qu'ils peuvent donner naissance aux phénomènes morbides les plus insolites, dont l'association en nombre, et dans des proportions variables, présente quelquefois, et d'une manière successive, les formes de maladies qui sembleraient n'avoir entre elles aucun rapport direct.

La pellagre, dont la cause n'a pas été jusqu'à ce jour assignée d'une manière précise, pourrait cependant, avec quelque vraisemblance, être attribuée à la profonde misère dans laquelle se trouve la classe d'individus chez lesquels elle règne. Tous, ou presque tous, sont des paysans sans propriétés, travaillant avec excès, mal vêtus, plus mal nourris (car ils vivent presque exclusivement de *polenta*, espèce de bouillie épaisse de farine de maïs, de lard rance, et boivent de la piquette), tourmentés par des affections morales tristes, couchant sur le sol, ou tout au moins dans des habitations humides, étroites, malsaines, où ils sont entassés avec les animaux domestiques. Lorsque, à ces causes prédisposantes dont la fâcheuse influence se fait d'abord principalement sentir sur les fonctions digestives et cutanées, se joint l'impression d'un soleil brûlant, d'un air vif et dépouvu d'humidité, l'affection érythémateuse des mains, des pieds, et des autres parties découvertes de la peau, c'est-à-dire la pellagre proprement dite, commence pour le commun des hommes; mais elle a déjà pu être depuis longtemps reconnue, ou tout au moins pressentie par le médecin observateur, auquel n'aura pas échappé la préexistence d'un trouble manifeste dans la plupart des systèmes de l'économie animale.

Jusqu'à présent on n'a pu, malgré de nombreux essais, réussir à trouver un mode de traitement vraiment efficace contre cette affection. Quelquefois, il est vrai, on est parvenu à soulager, à pallier le mal, mais non à obtenir une guérison radicale. Chaque praticien, chaque auteur a, d'après l'opinion qu'il s'était faite de l'altération morbide de la peau et du dés-

ordre des fonctions intérieures, proposé sa méthode particulière, et aucune n'a conduit à une médication sur le succès de laquelle on puisse compter. Toutefois, la plupart d'entre eux ont paru assez d'accord sur l'utilité relative, et réglée d'ailleurs d'après le degré et la période de la maladie, soit des toniques, soit des délayans ou autres antiphlogistiques, tels que les amers, le quinquina, les antiscorbutiques, le cresson, la fumeterre, la douce-amère, l'oseille, le citron, le petit-lait, les sangsues, et surtout les bains. Ils ont constaté les avantages qu'on peut tirer du repos, de la propreté, mais, pardessus tout, ceux qu'on obtient d'un meilleur régime, que l'expérience leur a fait regarder, ainsi qu'aux malades eux-mêmes, comme l'emportant de beaucoup sur tous les moyens thérapeutiques connus et employés jusqu'ici. On a moins généralement mis en usage, quoiqu'ils aient été aussi préconisés avec bien de l'assurance, un nombre considérable d'autres remèdes pris parmi les purgatifs, les stimulans, les antispasmodiques, etc. Ainsi, on a tour à tour essayé l'opium et les boissons émulsives, la rhubarbe, la crême de tartre et la valériane; les bouillons de grenouille, de vipère, de lézard et les mercuriaux; la ciguë, la jusquiame, l'aconit et l'ellébore noire; la salsepareille, le gayac, les préparations d'antimoine et la teinture de cantharides; le lait, la térébenthine ou la décoction de bourgeons de sapin; la saignée générale, les moxas, les ventouses et les vésicatoires; enfin, dans l'hôpital de Milan, où l'on reçoit beaucoup de pellagreux, on leur donne le lichen d'Islande comme remède et comme aliment.

Cette seule énumération, que je pourrais grossir encore, prouve suffisamment combien on est peu avancé dans la connaissance des moyens propres à guérir la pellagre, surtout si l'on remarque que ceux-ci sont doués de propriétés très différentes entre eux, et que pour plusieurs, elles sont diamétralement opposées. Ainsi qu'il a été dit plus haut, aucun plan de traitement n'est définitivement arrêté, aucune médication rationelle n'a été proposée, et cela parce que les médecins qui ont eu occasion de traiter cette maladie, ne se faisant pas encore une idée exacte de sa nature, n'ont cherché à combattre que les épiphénomènes, les symptômes les plus saillans, sans remonter à leur vraie source, qui est probablement la phlegmasie chronique de quelques viscères, mais surtout de ceux de la digestion par suite du mauvais régime,

de la fatigue extrême, et de plusieurs autres circonstances défavorables, sous l'empire desquelles se trouvent placés les habitans des provinces où règne cette affection. Du reste, cet objet réclame toute l'attention des praticiens qui sont à portée d'observer le mal sur les lieux, et ce ne peut être qu'après de nouvelles recherches, faites sans prévention et en renonçant à toute opinion systématique, qu'il sera possible d'en diriger la thérapeutique d'après des indications positives, basées sur la connaissance plus exacte de la nature du désordre.

Voici, d'ailleurs, comment s'exprime au sujet du traitement général de cette affection, M. Brière de Boismont, qui l'a décrite postérieurement aux auteurs à qui nous en devons principalement connaissance.

Les indications thérapeutiques doivent varier selon le système malade. Le tube intestinal présente-t-il des symptômes d'irritation : des saignées générales, lorsque le pouls est plein et fort, des saignées locales à l'épigastre, à l'abdomen et à l'anus, des boissons acidulées ou mucilagineuses, des lavemens émolliens, des cataplasmes, des bains, une diète bien ordonnée, doivent former la base du traitement; si les phénomènes nerveux prédominent, les moyens antispasmodiques seront employés de préférence : les infusions légères de tilleul, de camomille, de menthe, les potions avec la fleur d'oranger, constituent la partie thérapeutique du traitement. Lorsque les deux systèmes seront également lésés, on associera les deux méthodes. Il est un ordre de faits qui paraît réclamer l'emploi d'agens thérapeutiques plus énergiques : nous voulons parler des douleurs de la moelle épinière et de la faiblesse des extrémités. L'application d'un ou de plusieurs moxas sur la colonne vertébrale ne serait-elle pas un puissant révulsif?

Le traitement local de cette affection consiste dans l'usage des bains tièdes, des lotions avec le petit-lait ou une décoction émolliente quelconque, des cataplasmes émolliens; quelquefois, quand l'éruption devient atonique, dans les applications d'eau de chaux, d'eau-de-vie, de suc de joubarbe, et même dans l'application du cautère actuel. Tous ces moyens, il est vrai, sont rarement efficaces; mais, en attendant que de nouveaux essais aient appris à mieux faire, le médecin instruit pourra en tirer parti en les variant suivant les phases de la maladie, ou y suppléer d'après ses vues particulières et ce que l'observation clinique lui aura suggéré.

Quant au traitemant prophylactique de la pellagre, les idées des médecins italiens paraissent, en général, assez bien arrêtées sur cet objet. Ils conseillent unanimement d'éviter l'insolation, de s'abstenir des travaux des champs, de s'astreindre à la plus grande propreté possible, et de changer de régime, en substituant, par exemple, au lard rance et à la polenta mal préparée, le laitage, les viandes fraîches et les végétaux; à quoi ils devraient ajouter la recommandation expresse d'attaquer dès leur début, et par tous les moyens qu'offre la médecine éclairée par les connaissances physiologiques, rationnellement interprétées, et sans préoccupation systématique, le dérangement des fonctions digestives, précurseur le plus ordinaire de la maladie.

Je crois ne pouvoir mieux terminer cet article, dont le sujet est d'un si grand intérêt, qu'en transcrivant les corollaires de l'excellent mémoire présenté à l'Académie des sciences, en 1830, par M. le docteur Brière de Boismont, qui a étudié la pellagre sur les lieux où elle règne endémiquement, cinq ans après la première édition de ce Dictionnaire. Ils sont reproduits à peu près textuellement dans une 2e édition de ce mémoire, publiée en 1834, et ils prouvent que ce n'est jamais en vain qu'on fait un appel au zèle et aux lumières des médecins qu'anime l'amour sincère de la science, en même temps qu'ils démontrent la justesse de plusieurs opinions, vraiment fondamentales, que j'avais déjà émises sur cette singulière affection, tant sous le rapport de son origine que sous celui de son traitement.

1° La pellagre est tantôt une irritation primitive des organes digestifs, compliquée de celle des systèmes nerveux et cutané; tantôt une maladie de l'innervation, avec lésion secondaire des fonctions digestives. Dans plusieurs cas, le système nerveux est seul attaqué. L'altération de la peau, qui manque quelquefois, qui n'est pas toujours en rapport d'intensité avec les autres symptômes, et qui peut même cesser sans qu'il y ait guérison, est évidemment consécutive, et cela dans tous les cas, sans exception.

2° Les symptômes, les causes et les lésions ne laissent pas le moindre doute sur la nature inflammatoire du mal, et sur son siége véritable.

3° Les causes déterminantes de la pellagre appartiennent à la classe des irritans et des débilitans.

4° Les altérations pathologiques qu'on trouve dans les systèmes digestif, cérébro-spinal et tégumentaire externe, sont les produits de l'inflammation.

5° Les trois périodes ne sont pas toujours aussi nettement tranchées qu'on l'a prétendu; la seconde, presque constamment mortelle, si les circonstances ne changent pas, peut rester stationnaire pendant plusieurs années; la troisième est incurable.

6° L'éloignement des lieux et le changement de vie exercent une heureuse influence sur la pellagre, et cette maladie, qui n'est point contagieuse, est héréditaire, et tend sans cesse à faire des progrès.

7° Le traitement antiphlogistique est celui qui paraît compter le plus de succès; mais pour arrêter la marche de ce fléau, il est indispensable de recourir à de bonnes mesures hygiéniques et administratives. L. V. LAGNEAU.

FRAPPOLI (Fr.). *Animadversiones in morbam valgò pellagram.* Milan, 1771, in-8°.

ODOARDI (J.). *D' una spezia particolare di scorbuto.* Bellune, 1776, in-4°.

GHERARDINI (M.). *Descrizione della pellagra.* Milan, 1780, in-8°.

ALBERÀ (G. M.). *Trattato teor. pract. della malattie dell' insoluto di primavera volgarmente detto pellagra.* Varese, 1781, in-4°.

STRAMBIO (Gaet.). *De pellagra observationes in regio pelagrosorum nosocomio factæ*, ann. 1-5. Milan, 1786-9, in-8°. — *Dissertazioni sulla pellagra*, t. II. Milan, 1794, in-8°.

JANSEN (W. X.). *De pellagra morbo in Mediol. ducatu endemico.* Leyde, 1788, in-8°. Et dans P. Franck, *Delect. opusc.*, t. I.

FANZAGO. *Mem. sopra la pellagra.* Padoue, 1789, in-8°. — *Paralleli tralla pellagra ed alcune malattie.* Ibid., 1792, in-8°. — *Memoria sulla pellagra.* Ibid., 1815, in-8°, 2 vol.

SOLER (L.). *Observazioni med. prat., che formano la storia esatta di una particolar malattia, chimata pellagra.* Venise, 1791, in-8°.

BONA (P. Dallo). *Discorso comparativo sopra la pellagra, l'elefantiasi de' Greci e lepra degli Arabi et lo scorbuto.* Venise, 1791, in-8°.

ALLIONI (C.). *Raggionamento salla pellagra.* Turin, 1795, in-8°.

LE VACHER DE LA FEUTRIE. *Recherches sar la maladie endémique dans le Milanais.* Paris, 1805, in-8°.

CERRI (G.). *Trattato della pellagra.* Milan, 1807, in-8°.

MAZZARI (J.-B.). *Saggio med. politico salla pellagra o scorbuto italiano.* Venise, 1810, in-4°. — *Della pellagra e della maniera di estirparla in Italia.* Venise, 1819, in-4°.

BOERIO (Ant.). *Storia della pellagra nel Carnovese.* Turin, 1811, in-8.

Chiarugi (V.). *Saggio di ricerche sulla pellagra.* Florence, 1814, in-8°.
Zecchinelli (G. M.). *Alcune refl. sanit. polit. sullo stato attuale della pellagra nelle due provincia di Belluna e di Padova confrontato collo stato in cui era in addietro.* Padoue, 1818, in-8°.
Spessa (Andr. Aug.). *Sulla pellagra.* Dans *Annali univ. di med. d'Omodei,* 1832, t. LXIV, p. 207.
Brière de Boismont. *De la pellagre et de la folie pellagreuse.* Paris, 1834, in-8°.
Liberali (S.). *Sulla condizione, etc. Sur la nature inflammatoire de la manie pellagreuse et de la pellagre en général.* Milan, 1831, in-8°. — *Sulla condizione, etc. Sur la nature inflammatoire de la pellagre et son extension à l'axe cérébro-spinal, prouvée par les autopsies cadavériques et les observations cliniques.* Venise, 1839, in-8°. R. D.

PELVIMÈTRE, PELVIMÉTRIE. — On donne le nom de *pelvimètres* à divers instrumens destinés à mesurer le bassin. Le génie des chirurgiens s'est beaucoup exercé à ce sujet; malheureusement la science a plutôt été encombrée qu'enrichie de leurs découvertes. Un grand nombre de ces instrumens n'appartient plus qu'à l'histoire de l'art; un seul est resté d'un usage commun, bien qu'il n'ait pas toute la précision désirable, et, par un retour assez ordinaire, les esprits sont maintenant prévenus au point de n'accueillir qu'avec défiance et froideur les modifications qui tendent à une plus grande perfection instrumentale.

Dans un ouvrage de la nature de celui-ci, la description détaillée d'instrumens tombés dans un juste oubli serait hors de propos, et ne suppléerait pas, d'ailleurs, à l'absence des figures, qui peuvent seules en rendre l'intelligence facile. Stein, Creve, Aitken, Asdrubali, Jumelin, Stark, Wigand, Kurtzwich, Kœppe, Siméon, noms, pour la plupart, justement célèbres, figurent sur la liste que nous aurions à passer en revue; les uns, pour de simples tiges droites, graduées; les autres, pour des instrumens à deux branches, droites ou courbes; d'autres, pour des instrumens destinés à mesurer l'écartement des doigts introduits dans le vagin; tous pour des pelvimètres s'appliquant à l'intérieur, et dont quelques-uns prétendaient à une mensuration directe et sans déduction. Contentons-nous de cette simple mention. Nous ne devrions pas davantage à l'instrument de Coutouly, si la réputation usurpée dont il a joui n'exigeait pas qu'on en fît plus particulièrement ressortir l'insuffisance et les inconvéniens. Ce pelvimètre est

une imitation d'un instrument dont les cordonniers se servent encore pour mesurer la longueur du pied. Destiné à être introduit dans le vagin, il est formé de deux règles de fer qui glissent l'une sur l'autre, et portent chacune à une de leurs extrémités, une petite plaque fixée à angle droit. En faisant glisser les deux règles l'une sur l'autre, les deux plaques s'éloignent, et l'une d'elles doit se fixer sur l'angle sacro-vertébral, tandis que l'autre se portera derrière la symphyse des pubis. Une échelle, tracée sur une des deux règles, indique le degré d'éloignement des plaques, et donne, par cela même, la mesure du diamètre antéro-postérieur. Outre les inconvéniens que l'on a reprochés à cet instrument, et qui contsisent dans les difficultés que son application éprouve à cause de la sensibilité et de la résistance des parois du vagin, ainsi que de la saillie que le col de l'utérus ou les parties du fœtus forment au détroit supérieur, il en est un auquel on n'a pas songé, et qui rend cet instrument inapplicable à la plupart des cas pour lesquels il est destiné : c'est qu'en raison de l'obliquité qu'il faut lui donner, l'angle formé par la réunion de la plaque postérieure avec la règle qui la supporte s'appuie contre la face antérieure du sacrum, et l'extrémité de la plaque reste plus ou moins éloignée de l'angle sacro-vertébral. Les corrections, ou pour mieux dire les altérations qu'on a fait subir à ce pelvimètre sont loin d'en avoir diminué les défauts, et l'instrument est justement tombé en oubli. Le pelvimètre de Baudelocque n'est que le compas de proportion employé dans quelques arts et métiers, auquel il a donné des dimensions convenables, et dont il a terminé les pointes par des boutons lenticulaires. Une petite règle portant un index traverse les branches à l'endroit où la portion droite s'unit à la courbe, et marque exactement le degré d'écartement des pointes. Tel est l'instrument généralement en usage dans la pelvimétrie. De tous ceux qui ont été imaginés en si grand nombre, il est le seul qui s'applique à l'extérieur : c'est en défalquant l'épaisseur présumée des parties, qu'on obtient la mesure des diamètres de la cavité du bassin. Ses avantages consistent particulièrement dans la facilité de son application, une fois qu'on a reconnu les points où elle doit avoir lieu, et aussi dans la possibilité de le faire servir à la mensuration de plusieurs diamètres. Ses inconvéniens tiennent à la difficulté, quelquefois insurmontable, de reconnaître le point où la lentille postérieure doit être placée quand on veut

apprécier l'étendue du petit diamètre du détroit supérieur, et aux erreurs qui peuvent résulter de l'épaisseur variable des parties molles et des os. On y remédie en joignant à la mensuration par le compas d'épaisseur les résultats d'une exploration interne à l'aide de l'index seul, de deux ou plusieurs doigts ou de la main tout entière. La combinaison de ces deux procédés ne conduit pas au degré de précision que quelques circonstances peuvent rendre désirable, je veux parler des cas où un rétrécissement médiocre laisse l'homme de l'art incertain sur le choix du procédé opératoire, et particulièrement sur la convenance de l'accouchement prématuré artificiel. C'est ce besoin bien senti qui nous a valu deux pelvimètres nouveaux, que je ne puis me dispenser de faire connaître et d'apprécier, celui de madame Boivin, et celui de Wellenbergh, de La Haye.

L'intro-pelvimètre de madame Boivin, sous quelques rapports semblable à l'instrument de Coutouly, se compose de deux branches désignées par les noms de *vaginale* et de *rectale,* d'après la voie qu'elles suivent en pénétrant dans le bassin. L'extrémité de la branche rectale doit être conduite et appuyée sur l'angle sacro-vertébral; celle de la branche vaginale, derrière la symphyse du pubis; la distance qui les sépare, c'est-à-dire l'étendue du petit diamètre du détroit supérieur, se mesure à l'aide d'une échelle tracée sur la branche rectale. Cet instrument diffère de celui de Coutouly par la direction des branches, qui, au lieu d'être perpendiculaires à la tige, font avec elle un angle de 125° environ, par leur forme, qui n'est point rectiligne, mais en S; par leur mode d'articulation, qui n'a pas lieu à l'aide d'une gouttière, mais se fait latéralement; enfin par la voie qui les conduit aux points dont on recherche la distance réciproque. La branche vaginale peut être remplacée par une branche d'une longueur égale, et d'une courbure semblable à celle de la branche rectale, munie d'un arc de cercle gradué, et l'instrument se trouve ainsi transformé en compas d'épaisseur qui diffère peu de celui de Baudelocque.

Cet instrument ingénieux n'a pas eu le succès qu'en espérait son auteur : ce n'est point dédain, assurément, mais, au contraire, le résultat, d'ailleurs facile à prévoir, d'un examen approfondi, consciencieux, sévère, digne enfin des œuvres de l'illustre sage-femme. C'est en vain que madame Boivin prétend que son instrument a une forme et un développement qui

lui permettent de s'accommoder à la forme et aux dimensions des organes exterues et internes, des parties dures et des parties molles; qu'il peut être employé dans les différentes circonstances qui réclament son usage, sans produire aucune lésion; sans déterminer aucune douleur; qu'on peut l'appliquer, même chez les jeunes filles, sans compromettre l'intégrité des parties. Sans parler de la contraction spasmodique du sphincter de l'anus, d'une direction inusitée du rectum, de courbures irrégulières de cet intestin, comment peut-on espérer que le bord antérieur de la branche rectale de l'instrument, qui est arrondie, et n'a pas plus d'une ligne d'épaisseur, restera en contact avec le bord arrondi du promontoire? Comment acquérir la certitude qu'il aura bien été placé sur la partie la plus saillante de ce promontoire? En supposant que cela fût, ce contact pourrait-il bien se maintenir jusqu'à la fin de l'opération? Le moindre mouvement de la femme ou de l'accoucheur ne changera-t-il pas aussitôt ces rapports? Ne doit-on pas, d'ailleurs, considérer ce déplacement comme inévitable, quand on songe que, pour le placement de la branche vaginale, les deux mains de l'opérateur étant nécessaires, il faut qu'il confie à un aide la branche rectale? Et comment reconnaître que l'extrémité de la branche s'est déplacée, qu'elle a glissé de côté, en haut ou en bas? Pense-t-on qu'on triomphera de ces difficultés, en supposant qu'on y parvienne, sans occasionner beaucoup de douleur? Il paraît impossible que l'élévation, le tiraillement en haut d'une des parois du rectum par l'extrémité mince et plate de la branche rectale n'en produise pas, et même d'assez vives. La prévention emporte madame Boivin, et il n'est pas possible d'admettre avec elle que l'application de l'instrument puisse avoir lieu quand le travail est assez avancé pour que la tête de l'enfant ou une tumeur plus ou moins volumineuse, formée par les tégumens du crâne, soit engagée dans la partie supérieure de l'excavation, ou bien quand le tronc de l'enfant occupe la cavité du petit bassin. Il est fort douteux qu'il puisse être employé chez les vierges sans nuire à l'intégrité des parties; l'introduction de l'index est indispensable pour guider et placer convenablement la branche vaginale, et si, chez certaines jeunes filles, la laxité de l'hymen et la largeur naturelle de son ouverture n'opposent aucune difficulté à cette introduction, il en est d'autres chez lesquelles une disposition contraire des parties la rend impossible sans déflora-

tion. On peut voir, d'après ce qui précède, ce qu'il faut penser de l'exactitude des mesures obtenues à l'aide de l'intro-pelvimètre, et combien madame Boivin s'est exagéré les avantages de son instrument.

Les objections qui précèdent n'avaient point échappé à Wellenbergh, et il n'a pas manqué de les faire valoir dans un ouvrage *ex professo* sur la matière, consacré à la description de nouveaux instrumens. Cet accoucheur a imaginé trois pelvimètres qu'il désigne par les n°s 1, 2 et 3 : les deux premiers, destinés à mesurer le petit diamètre du détroit supérieur, le troisième, avec lequel il se propose d'apprécier l'étendue du diamètre transverse de ce détroit (voyez *Abhandlung über einen Pelvimeter*, u. s. w., von J.-H.-J. Wellenbergh. Haag, 1831).

Le pelvimètre n° 1 est formé de trois branches : la moyenne, presque droite, très légèrement convexe en avant, est munie, à son extrémité libre, d'une petite fourche à bords et à pointe mousses, de quelques lignes de longueur, soudée à angle très obtus sur la tige, assez large pour recevoir l'extrémité de l'index qui la dirige, par le vagin, vers l'angle sacro-vertébral, et l'y maintient invariablement fixée ; l'antérieure et la postérieure sont, comme les branches du compas d'épaisseur de Baudelocque, composées de deux parties, l'une droite, l'autre courbe ; seulement les courbures ne sont pas égales : celle de la branche antérieure fait partie d'un cercle plus petit; l'extrémité libre de ces deux branches est terminée par une lentille; l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire et la partie supérieure de la symphyse pubienne sont les points sur lesquels les lentilles doivent être appliquées. Les trois branches convergent inférieurement, et se réunissent au sommet d'une sorte de manche ou poignée sur laquelle l'antérieure et la postérieure sont mobiles et la moyenne fixe. Enfin un arc de cercle convenablement gradué traverse les branches antérieure et postérieure à l'union de leur portion droite et de leur portion courbe, et la moyenne, à une distance proportionnelle du point commun d'articulation. Cet instrument donne avec exactitude, d'une part, l'épaisseur du sacrum; de l'autre, la distance de l'angle sacro-vertébral à la partie antérieure et supérieure de la symphyse pubienne, et l'on peut voir qu'il a sur celui de Baudelocque cet avantage que, ne laissant, après la mensuration, qu'une seule déduction à faire, il diminue de plus de moitié les chances d'erreurs. Wellenbergh s'est, au reste, atta-

ché à les faire disparaître toutes, et c'est à quoi il prétend être parvenu par l'emploi de son pelvimètre n° 2.

Cet instrument se compose de deux branches partant d'une tige commune fixée sur un manche. L'une continue le manche et la tige, présente, en s'élevant, une convexité légère du côté qui doit être tourné en avant, se coude brusquement près de son extrémité, et se termine par une petite fourche comme la branche moyenne du précédent pelvimètre. L'autre se détache verticalement de la tige du côté de la convexité de la première, change bientôt de direction, et décrit en montant une grande courbure dont la concavité est tournée en arrière. Lorsqu'elle est arrivée au niveau de l'extrémité libre de la première branche, elle se recourbe en arrière en formant une sorte de méplat sur lequel est fixé un petit canal à quatre pans. Dans ce canal, glisse une règle graduée, terminée à son extrémité postérieure par un bouton; une vis sert à l'arrêter au point désiré dans le canal qu'elle parcourt. De ces deux branches, la postérieure est introduite dans le vagin, et son extrémité portée avec l'index, et maintenue par lui sur l'angle sacro-vertébral; l'antérieure reste en dehors, et le bouton de la règle qui la surmonte s'applique sur la partie antérieure et supérieure de la symphyse des pubis. On obtient donc, à l'aide de l'instrument ainsi disposé, une distance dont il faut encore retrancher l'épaisseur de la symphyse pubienne et des parties molles qui la recouvrent; mais il suffit de remplacer la branche postérieure, fixée à vis sur la tige, par une branche courbée en S, et terminée par une extrémité aplatie, pour obtenir avec toute la précision désirable une déduction qui ne peut jamais être autrement qu'approximativement exacte. L'extrémité de la tige vaginale est portée et maintenue avec l'index sur la partie postérieure et supérieure de la symphyse, tandis que le bouton de la règle appuie sur la partie antérieure. La distance obtenue ayant été retranchée de la première, le reste est la mesure exacte du petit diamètre du détroit supérieur.

Le pelvimètre n° 3, avec lequel Wellenbergh se propose de mesurer l'étendue du diamètre transverse, ne diffère du précédent que par la courbure plus grande des deux branches, de la vaginale surtout. Il exige pour son emploi une mesure semblable à celle dont se servent les cordonniers, mais de dimensions plus grandes. Le bassin de la femme, couchée sur le dos,

est placé entre les deux plaques verticales, qui sont assez élevées pour dépasser les crêtes iliaques; celle qui est mobile est fixée à l'aide d'une vis, et l'on tient compte de la distance qui les sépare. La branche vaginale est alors introduite, et sa fourche fixée avec l'index sur l'extrémité gauche du diamètre transverse du détroit supérieur, tandis qu'on fait glisser la règle que porte la branche extérieure jusqu'à ce que le bouton soit en contact avec la face externe de la plaque contiguë au côté gauche de la femme. On tient compte de la distance obtenue, et procédant de la même façon pour le côté droit, on retranche la somme de ces deux quantités de l'intervalle qui sépare les deux plaques verticales, et qui donne exactement la mesure du diamètre transverse.

Le premier des instrumens de Wellenbergh me paraît un peu compliqué, et d'une application assez difficile. J'en conseillerais d'autant moins l'usage, que son second pelvimètre rend le premier complétement inutile : c'est donc seulement le pelvimètre n° 2 qu'il s'agit d'apprécier. Le troisième ne diffère du second que par de très légères modifications; il est construit sur les mêmes principes, composé des mêmes pièces : c'est le même instrument, appliqué d'une manière fort ingénieuse à la mensuration d'un diamètre, dont les viciations, heureusement rares, n'avaient pu être jusqu'ici déterminées que très approximativement. Disons tout de suite que l'expérience n'a pas prononcé sur la facilité et les avantages de cette application particulière du pelvimètre de Wellenbergh. Dans aucun cas, il n'a été mis en usage chez la femme vivante pour mesurer le diamètre transverse. Sur six femmes, au contraire, il a été appliqué pour déterminer l'étendue du petit diamètre du détroit supérieur. Cette application, au rapport de l'auteur qui a toujours été assisté de quelque confrère dont il invoque le témoignage, s'est faite, dans tous les cas, soit avant, soit pendant le travail, sans difficulté, sans douleur pour la femme. Il n'a pu qu'une fois vérifier, à l'autopsie, l'exactitude des mesures prises sur le vivant. Il y avait parfaite concordance entre l'estimation faite pendant la vie et les résultats obtenus après la mort. Le petit diamètre du détroit supérieur n'avait que deux pouces et demi. Peut-on conclure de cette unique vérification à l'exactitude de toutes les mensurations faites par Wellenbergh, et ne peut-on pas se demander si les difficultés plus

grandes qui doivent résulter d'un rétrécissement moindre ne donneront pas lieu à des erreurs peu considérables sans doute, mais cependant assez grandes pour réduire de beaucoup la valeur du pelvimètre nouveau? Le soin que j'ai pris de décrire, aussi longuement que l'espace me le permettait, les instrumens de l'accoucheur hollandais, témoigne du cas que je fais de son invention, et de mon désir d'en propager la connaissance parmi les médecins français. Qu'on me permette pourtant, tout en reconnaissant sa grande supériorité sur les autres pelvimètres, de conserver quelques doutes sur l'infaillibilité de ce nouvel instrument. Un plus grand nombre d'observations complètes et de faits concluans serait nécessaire pour entraîner ma conviction. Elle résulterait bien plus encore d'une expérience personnelle qui me manque; car je ne connais les instrumens de M. Wellenbergh que par les figures qu'il en a données.

Il est des vices de conformation du bassin que la seule inspection extérieure peut faire soupçonner. Le rachitisme, par exemple, imprime quelquefois si profondément son cachet sur tout le squelette, et en particulier sur les os des membres inférieurs, qu'on peut conclure de l'existence de déformations apparentes à l'existence de déformations cachées, et, dans quelques cas, du degré des unes au degré des autres (*voyez* J. Guérin, *Mém. sur les caractères généraux du rachitisme*, 1839).

Il est d'autres rétrécissemens, au contraire, que rien ne trahit à l'extérieur (*voy.* Naegelé, *Des vices de conformation du bassin*). Dans le premier cas, l'accoucheur ne peut se contenter des caractères extérieurs indiqués à l'art. Bassin. Dans le second, leur absence est pour lui un motif de plus de rechercher avec soin, et de s'efforcer de déterminer avec exactitude l'espèce et le degré du rétrécissement. Tel est l'objet de la pelvimétrie. Nous avons indiqué les moyens qu'elle emploie pour parvenir au but qu'elle se propose. Il nous reste à faire connaître plus particulièrement l'usage spécial et le mode d'application de chacun de ces moyens.

Le compas d'épaisseur de Baudelocque fournit des données exactes sur la longueur des crêtes iliaques, sur la distance des deux épines iliaques antéro - supérieures, et sur celles des différens points de la crête iliaque droite, aux points diamétralement opposés de la crête iliaque gauche. Le rétré-

cissement du grand bassin peut ainsi être déterminé avec précision, de même qu'on peut rigoureusement apprécier l'évasement qu'il présente assez souvent, et le déjettement en dehors des épines antéro-supérieures qu'on rencontre constamment dans les viciations rachitiques. Le compas d'épaisseur est également très propre à donner exactement les dimensions des diamètres transverse et antéro-postérieur du détroit inférieur, et l'étendue transversale de l'arcade pubienne, depuis son sommet jusqu'à sa base. Dans tous ces cas, les deux extrémités des lignes dont on se propose de mesurer l'étendue sont, à l'extérieur, facilement accessibles, et c'est sur ces extrémités même que les lentilles de l'instrument sont appliquées. Les résultats obtenus ne peuvent donc pas manquer d'avoir toute la précision désirable.

Cette facilité d'application et cette précision de résultats, tant que le compas d'épaisseur ne s'applique qu'à l'évaluation de distances tout extérieures, rend cet instrument éminemment propre au diagnostic du *bassin oblique ovalaire* et à la détermination du degré de la viciation.

Le professeur F. C. Naegelé, de Heidelberg, a désigné sous le nom de *bassin oblique ovalaire* un vice originel de conformation du bassin, dont la description est trop récente pour que nous ayons pu la faire connaître dans cet ouvrage, et dont nous ne pouvons nous dispenser de donner ici, ne fût-ce que pour l'intelligence des procédés particuliers de mensuration qui s'y appliquent, les traits principaux et les caractères essentiels. Le bassin oblique ovalaire a l'une de ses symphyses sacro-iliaques complétement ankylosée. Du côté de l'ankylose, le sacrum est imparfaitement développé, les trous sacrés antérieurs rétrécis, l'os coxal et l'échancrure sciatique plus étroits, la paroi latérale et la moitié correspondante de la paroi antérieure de l'excavation plus planes. Le sacrum est poussé, et a sa surface antérieure tournée du côté de l'ankylose, tandis que la symphyse pubienne est entraînée du côté opposé, et ne correspond plus qu'obliquement à l'angle sacro-vertébral. Le bassin se trouve rétréci dans la direction du diamètre oblique, dont l'extrémité postérieure correspond à la symphyse sacro-iliaque normale, et souvent agrandi dans la direction du diamètre oblique, dont la limite postérieure est à la symphyse ankylosée. Le détroit supérieur a la forme

d'un ovale dont la grosse extrémité est tournée en avant, à droite quand l'ankylose est à gauche, à gauche quand l'ankylose est à droite. La distance sacro-cotyloïdienne et celle qui existe entre le sommet du sacrum et l'épine sciatique sont plus petites du côté ankylosé; la distance qui sépare la tubérosité sciatique du côté ankylosé de l'épine iliaque postéro-supérieure de l'autre côté, et celle qui existe entre l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire et l'épine iliaque antéro-supérieure du côté de l'ankylose, sont plus petites que les mêmes distances prises sur le côté opposé. Enfin, de deux lignes menées de la partie inférieure de la symphyse pubienne aux épines iliaques postéro-supérieures, celle qui se dirige du côté ankylosé est plus grande que l'autre.

Cette viciation singulière offre ceci de remarquable, que les caractères sont toujours les mêmes, et que les bassius qui la présentent, composés d'ailleurs d'os parfaitement sains sous le rapport de l'épaisseur, de la couleur, de la consistance, de la texture, ne diffèrent entre eux que par le côté de l'ankylose et par le degré de la viciation. Elle peut être reconnue, et son degré estimé par une mensuration extérieure, à l'aide du compas d'épaisseur appliqué dans certaines directions déterminées, suivant certaines lignes, à peu de chose près égales des deux côtés dans des bassins symétriques et bien conformés, fort inégales, au contraire, dans les bassins obliques ovalaires. Ces lignes sont celles qui s'étendent, 1° de la tubérosité sciatique d'un côté à l'épine iliaque postéro-supérieure du côté opposé; 2° de l'épine iliaque antéro-supérieure d'un côté à l'épine iliaque postéro-supérieure du côté opposé; 3° de l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire à l'épine iliaque antéro-supérieure de l'un et l'autre côté; 4° du grand trochanter d'un côté à l'épine iliaque postéro-supérieure du côté opposé; 5° du milieu du bord inférieur de la symphyse des pubis à l'épine iliaque postéro-supérieure de l'un et de l'autre côté (*voy.* F. C. Naegelé, *Des principaux vices de conformation du bassin, et spécialement du rétrécissement oblique;* traduit de l'allemand, par A. C. Danyau. Paris, 1840). Les points choisis par Naegelé sont faciles à reconnaître, même à travers les parties molles; un seul peut, dans certains cas, offrir quelque difficulté, c'est l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire; mais une exac-

titude mathématique n'est pas ici absolument indispensable, et pourvu que la lentille postérieure soit sur la ligne médiane, peu importe qu'elle soit placée un peu au-dessus ou un peu au-dessous de l'apophyse épineuse.

Si le compas d'épaisseur n'eût jamais été employé que dans les cas précédemment indiqués, c'est-à-dire à une pelvimétrie tout extérieure, sa valeur serait restée incontestée et incontestable. Mais à l'aide de cet instrument, dont les branches ne peuvent être appliquées qu'en dehors, on a eu la prétention de mesurer l'étendue de diamètres intérieurs, et, en particulier, d'apprécier exactement la grandeur du diamètre sacro-pubien. C'est là une prétention que l'observation ne justifie pas. Quand on veut déterminer, avec le compas d'épaisseur, l'étendue du petit diamètre du détroit supérieur, on place l'une des lentilles sur la partie supérieure et antérieure de la symphyse des pubis, l'autre au niveau ou un peu au-dessous de l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire, second point quelquefois fort difficile à reconnaître, et qu'il importe pourtant, sous peine d'erreur, de préciser. On obtient ainsi l'épaisseur de la femme, et l'on déduit trois pouces de cette épaisseur, tant pour celle de la base du sacrum, qui est généralement de deux pouces et demi, que pour celle des pubis, qui n'est que de six lignes, épaisseurs qui, suivant Baudelocque, varient si peu, qu'elles ne lui ont pas offert au delà d'une seule ligne de différence sur le nombre de trente à trente-cinq bassins resserrés de toutes les manières, et à tous les degrés possibles. Mais ces données n'ont pas été confirmées par tous les observateurs, et Désormeaux, en particulier, dit que les bassins qu'il a eus à sa disposition lui ont présenté d'autres résultats. Sur quelques bassins, le corps des pubis avait jusqu'à sept et huit lignes d'épaisseur, tandis que, sur d'autres, il n'avait que deux à trois lignes; l'épaisseur de la partie supérieure du sacrum présentait des différences analogues. Désormeaux ajoute que les collections de la Faculté offrent des exemples de ces deux extrêmes. La soustraction de trois pouces sur l'épaisseur extérieure du bassin suffit, suivant Baudelocque, quand l'embonpoint de la femme est médiocre; quand il est considérable, il n'est pas nécessaire d'ajouter plus d'une ligne ou deux, parce que les graisses qui forment la plus grande saillie du mont

de Vénus s'affaissent sous la pression de la lentille. Mais cette déduction pourra être insuffisante dans certains cas. Ainsi, par exemple, on voit, dans quelques-unes des observations de Wellenbergh, qu'on a eu à déduire un pouce pour l'épaisseur des pubis et des parties molles qui les recouvrent.

Si le compas d'épaisseur fournit des données d'une exactitude contestable sur l'étendue du diamètre sacro-pubien, et si ce défaut de précision tient à l'épaisseur variable des os et des parties molles, à plus forte raison doit-on s'attendre à des résultats très peu exacts dans l'application du compas à la mensuration des diamètres obliques du détroit supérieur. M. Gardien en avait fait la proposition; il avait indiqué les points sur lesquels les lentilles devaient être placées, et les déductions à faire. Mais c'est une idée que l'examen des bassins rachitiques repousse, et qui ne saurait être adoptée dans la pratique.

En décrivant les instrumens de Wellenbergh, j'ai suffisamment indiqué ce qu'il y a d'indispensable à connaître relativement à leur application. Il me reste donc à parler du doigt, considéré comme pelvimètre.

Le doigt indicateur est, de tous les instrumens mensurateurs, le plus simple et le plus commode. S'agit-il de mesurer le diamètre sacro-pubien, on le porte dans le vagin, en avançant son extrémité jusque sur le milieu de la saillie sacro-vertébrale, on en ramène ensuite le bord radial sous le bord inférieur de la symphyse des pubis, et avec l'ongle de l'index de l'autre main, on marque sur ce doigt le point sur lequel tombe la symphyse. Le doigt retiré, on mesure la distance qui existe entre le point marqué et l'extrémité qui était appuyée sur le sacrum. On obtient ainsi la longueur d'une ligne oblique qui se porte du sommet de l'angle sacro-vertébral à la partie inférieure de la symphyse des pubis, ligne qui a reçu de quelques auteurs le nom de diamètre diagonal. Ce diamètre l'emporte sur le diamètre sacro-pubien d'une quantité qui varie suivant la hauteur et la direction de la symphyse pubienne, que les uns fixent à trois, et d'autres à six lignes, mais qui oscille entre des extrêmes assez éloignés pour qu'une déduction constante expose souvent à des erreurs, non pas légères, comme on le dit généralement, mais assez considérables. Ainsi Bakker (*Siebold's Journ. für Gebursth. I*, 437) me-

sure vingt-cinq bassins viciés, et trouve que la différence entre les deux diamètres varie d'une ligne à dix lignes et demie. Gittermann (même journal, *II*, 114) en mesure douze, également mal conformés, et trouve quatre lignes pour la plus plus petite différence, onze lignes pour la plus grande. Enfin, Wellenbergh (*loc. cit.*) cite un bassin vicié, sur lequel le diamètre diagonal a seize lignes de plus que le sacro-pubien.

Ces variations exposent à des erreurs dont ne préservent pas toujours la plus grande habileté et l'exploration la plus exacte. Il est une autre erreur qui peut résulter de l'espèce de viciation qui rétrécit le bassin, et qu'on n'éviterait pas non plus si l'on ne connaissait d'avance la circonstance qui peut la produire. On a dit, et madame Lachapelle a été plus que qui que ce soit explicite à cet égard, que l'impossibilité d'atteindre avec un doigt de longueur moyenne l'angle sacro-vertébral devait rassurer complétement sur la bonne conformation du bassin. Cette impossibilité existe pourtant au plus haut degré dans le bassin oblique ovalaire, et dans les cas même où le rétrécissement est porté au point d'exiger la perforation du crâne.

D'un autre côté, il est des erreurs que la disposition particulière des parties ou le défaut d'attention peut entraîner. La saillie de l'une des lignes transversales qui correspondent à la soudure des pièces du sacrum peut être prise, et a été prise quelquefois pour l'angle sacro-vertébral. Il est même arrivé à huit médecins réunis en consultation de prendre la saillie de l'articulation sacro-coccygienne, dans ce cas fort élevée, pour l'angle sacro-vertébral, et d'estimer à deux pouces et demi un diamètre dont la longueur était, par suite d'une élévation inusitée du promontoire, de six pouces (*Saltzb. Med. Zeit.*, 1826, II, 8). Ce sont là sans doute des exceptions rares. On est exposé à commettre une erreur d'un autre genre, quand, oubliant que les bassins viciés par rachitisme ont en même temps subi un arrêt de développement qui a diminué en particulier leurs dimensions en hauteur, on porte l'extrémité du doigt au dessus de l'angle sacro-vertébral. On est souvent étonné de la facilité avec laquelle on touche le point qu'on ne pouvait atteindre, quand on donne à l'index une meilleure direction.

Le doigt, il faut bien le reconnaître, ne peut être d'aucun

secours pour le diagnostic du bassin oblique ovalaire ; mais, à part ce cas spécial et très rare, et malgré les erreurs possibles que nous avons signalées, l'index est encore un des meilleurs pelvimètres qu'on puisse employer. Il donne, d'ailleurs, sur les dimensions des autres diamètres du détroit supérieur, la courbure du sacrum, l'enfoncement des parois antéro-latérales du bassin, la direction des pubis, l'existence du prolongement rostriforme que forment quelquefois ces deux os, la hauteur de la symphyse pubienne, celle de la paroi latérale de l'excavation, la saillie de l'épine sciatique, la profondeur et la courbure de l'arcade des pubis, l'étendue du diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur, des notions qui, sans doute, ne sont pas toujours d'une précision mathématique, mais qui se trouvent pourtant suffisamment exactes pour les besoins ordinaires de la pratique.

Au moment du travail, deux ou plusieurs doigts, ou la main tout entière, peuvent être portés dans l'excavation : l'exploration en devient plus facile, plus étendue, plus complète, et même plus exacte, si l'on parvient, par le procédé de M. Velpeau, la flexion des trois derniers doigts, à fixer d'une manière invariable l'écartement de l'index et du pouce employés comme mensurateurs.

Il est une espèce de pelvimétrie qui a pour objet la détermination de l'inclinaison, et particulièrement des inclinaisons vicieuses des détroits du bassin. On lui donne le nom de *cliséométrie.* Quelques cliséomètres ont été imaginés, mais à peine a-t-on retenu le nom de leurs inventeurs. Stein l'aîné et Osiander ont vainement appliqué toutes les ressources de leur esprit à la découverte de bons procédés cliséométriques : leurs efforts ont été infructueux, au moins en ce qui concerne la détermination de l'inclinaison du détroit supérieur. Le professeur Naegelé a démontré tout ce qu'il y a de vicieux dans les moyens proposés. Il a fait voir que les seules notions exactes qu'on pût attendre de la cliséométrie étaient relatives à la mesure de l'inclinaison du détroit inférieur. Elles s'obtiennent par le procédé très simple de Rœderer, qui consiste à placer la femme verticalement, le dos appuyé contre un mur, les pieds reposant par leur plante sur un plan exactement horizontal, et à mesurer, à l'aide d'un fil à plomb, convenablement tendu, la distance qui existe entre ce plan et le

sommet de l'arcade des pubis, d'une part, et, d'autre part, entre ce même plan et la pointe du coccyx. Voilà le seul résultat précis auquel on puisse prétendre. La détermination exacte de l'inclinaison du détroit supérieur sur le vivant est une chimère qu'il est désormais inutile de poursuivre (*voy.* les notes ajoutées à la traduction de Naegelé, p. 207). Cette impossibilité d'arriver à un résultat, auquel on a tendu avec tant de persévérance, ne doit exciter, au reste, que de médiocres regrets, s'il est vrai (*voy.* Naegelé, *op. cit.*, p. 258) que les inclinaisons vicieuses du bassin n'entraînent pas les dangers qu'on leur a peut-être trop légèrement attribués.

P. Dubois.

PEMPHIGUS (πεμφιξ, *bulla*, bulle, élevure). — On désigne sous ce nom une maladie dans laquelle il se forme, sur un ou plusieurs points des tégumens, rarement une, et le plus souvent plusieurs bulles. Ordinairement d'un diamètre assez grand, arrondies, se prolongeant et se déformant quelquefois par des éruptions successives, distendues par un liquide d'abord transparent, mais devenant bientôt rougeâtre, les bulles se déchirent facilement, et laissent la peau excoriée, ou en se desséchant, laissent des croûtes minces et foliacées, formées par la concrétion du liquide et par des lamelles d'épiderme. Après leur chute on constate que la peau n'a subi qu'une altération très superficielle, et il reste des taches caractéristiques dont la persistance est assez longue.

L'histoire du pemphigus présente beaucoup de confusion: en effet, presque tous les auteurs qui en ont traité ont imposé à cette maladie des noms qui rappellent les phénomènes sur lesquels leur attention s'est le plus particulièrement arrêtée. L'étude plus complète de cette affection a fait, dans ces derniers temps, disparaître bien des incertitudes, et malgré l'autorité de Willan et de Bateman, qui prétendent n'avoir jamais constaté l'état aigu accompagnant l'éruption bulleuse, malgré l'opinion de M. Samuel Plumbe, qui admet seulement cette circonstance pour le pemphigus chronique, presque tous les auteurs modernes s'accordent à penser, avec Gilibert et Biett, que le phemphigus peut exister avec des symptômes franchement aigus.

Le pemphigus peut donc être étudié à l'état aigu et à l'état

chronique, puisque cette division est fondée sur l'observation. En décrivant ces deux variétés principales, j'aurai soin de mentionner les formes qui s'y rattachent, et en vue desquelles différens auteurs ont établi des distinctions dont j'examinerai la valeur.

Quelquefois le pemphigus aigu est précédé de malaise général, de lassitude, de pesanteur dans les membres, de céphalalgie fugace, de démangeaisons assez fortes à la peau, et d'une légère accélération du pouls. D'autres fois il y a chaleur sèche et brûlante, soif, perte d'appétit, nausées, fréquence du pouls. Ces prodrômes peuvent durer un, deux et quelquefois trois jours. Puis il se manifeste tantôt sur un seul point de la peau, tantôt sur une surface assez large, voire même sur tout le corps, de petites taches rouges, circulaires, qui s'élargissent en peu de temps. Sur ces taches, et ordinairemeent dans leur centre, on voit bientôt l'épiderme, soulevé par une sérosité citrine, se distendre, s'élever, et former des bulles comparables aux phlyctènes de la brûlure au second degré, et aux ampoules produites par l'action des cantharides. Tantôt elles ont le volume d'un pois, d'autres fois elles arrivent à celui d'une aveline; elles affectent ordinairement une forme arrondie. La bulle peut envahir toute la tache rouge ou n'occuper qu'un point plus ou moins circonscrit de son étendue; le plus souvent elle reste entourée par une aréole érythémateuse, qui est le siége d'une douleur prurigineuse et cuisante. L'éruption est quelquefois si rapide, que la rougeur et la formation de la bulle sont presque instantanées; et, dans les cas où la bulle vient à envahir toute la rougeur, il faut, pour ainsi dire, suivre des yeux la marche des symptômes pour constater leur mode de production et de succession. D'autres fois un intervalle de quelques heures sépare l'apparition de la rougeur de la formation des bulles. Cette rapidité de l'éruption nous fait donc comprendre pourquoi tant d'auteurs ont révoqué en doute la rougeur, et pourquoi tant d'autres n'en ont pas même fait mention. On voit quelquefois des taches sur lesquelles il ne se développe point de bulles, mais, en passant le doigt sur cette surface, on perçoit une légère tuméfaction, et si l'on y exerce quelques frottemens, même légers, on ne tarde pas à enlever l'épiderme, qui est soulevé par une petite collection de sérosité. Ces

points sont ordinairement moins rouges que ceux qui doivent se recouvrir de bulles.

La peau reste saine dans les intervalles occupés par le pemphigus.

Quelquefois des bulles se réunissent en plus ou moins grand nombre, et donnent lieu de cette manière à une grosse ampoule du volume d'un œuf d'oie.

Quand les bulles sont entièrement développées, la tension qu'elles éprouvaient ne tarde pas à disparaître : elles se flétrissent, l'épiderme s'affaisse, se ride, se plisse dans la partie la moins déclive. La collection séreuse, de limpide qu'elle était, devient trouble et rougeâtre; elle gagne la partie la plus déclive, et au bout de vingt-quatre heures ou de quarante-huit heures, l'épiderme se rompt, et donne issue au liquide. Après cette rupture, et pendant que la rougeur persiste encore, il se forme bientôt des croûtes minces, noirâtres, ou bien le liquide ayant été complétement évacué, on voit l'épiderme se dessécher en petites lamelles minces et blanchâtres. Enfin la rougeur disparaît peu à peu, la douleur cuisante et prurigineuse s'évanouit, un nouvel épiderme remplace assez vite le premier, et il reste à la place qu'occupait la bulle une tache couleur lie de vin, et qui persiste pendant long-temps.

Les symptômes généraux qui accompagnent le pemphigus aigu sont le plus ordinairement très légers, bien rarement les malades sont forcés de prendre le lit. Cependant nous avons quelquefois constaté comme complication tantôt une céphalalgie violente, tantôt une congestion de la conjonctive, d'autres fois une bronchite ou une irritation intestinale assez intense.

La durée du pemphigus aigu est ordinairement de un à trois septénaires.

Le pemphigus aigu peut aussi attaquer les enfans. A cet âge il ne présente aucune différence remarquable, et reste en tout semblable à celui que nous venons de décrire.

Dans plusieurs auteurs on peut lire, sous la dénomination de *pemphigus infantilis, pemphigus gangrenosus,* une maladie qui doit bien plutôt être rapportée au *rupia escharotica.* D'un autre côté, quelques observateurs ont décrit le pemphigus aigu des nouveau-nés d'une manière assez évidente pour que ces faits soient acquis à la science. M. Krauss, dans une thèse

(*De pemphigo neonatorum;* Bonnæ, 1834), en a collationné quelques-uns ; mais à côté de ces observations on en trouve d'autres qui ne semblent pas appartenir à cette forme.

Quoi qu'il en soit, le pemphigus des nouveau-nés est une affection qui n'est pas très rare : les bulles siégent ordinairement à la plante des pieds et à la paume des mains ; elles sont entourées d'une aréole violacée, elles contiennent un liquide séro-purulent, et leur diamètre est assez considérable.

La recherche des causes de cette maladie a laissé quelques observateurs dans l'opinion que cette affection se rattachait à une infection syphilitique : c'est l'opinion de M. P. Dubois, qui en a observé un grand nombre d'exemples, et qui a bien voulu m'en faire voir quelques-uns fort curieux. Dans tous les cas, excepté, je crois, dans un seul, M. Dubois a pu constater par l'état actuel, ou par des renseignemens, la possibilité d'une infection syphilitique. Il a vu, après la destruction de la bulle, de véritables ulcérations. Tous ces enfans, d'ailleurs, succombent, et très rapidement. D'un autre côté, on n'a jamais observé, avec les bulles du pemphigus, aucune des lésions syphilitiques communes chez les nouveau-nés infectés ; et aucun d'eux, que je sache, n'a présenté cet état général si remarquable, cette peau flétrie, cet aspect d'un petit vieillard, que l'on sait appartenir fréquemment à l'enfant atteint en naissant de syphilis constitutionnelle. Quoi qu'il en soit, les observations et l'opinion de M. P. Dubois jettent sur ce point de pathologie un nouvel intérêt.

Le *pompholix solitarius* de Willan est une variété remarquable de pemphigus aigu. On ne constate ordinairement qu'une seule bulle : son développement est précédé d'un fourmillement assez vif ; bientôt après l'épiderme se soulève, et forme une poche qui peut se distendre jusqu'à contenir plusieurs onces de sérosité. Le plus souvent, quarante-huit heures après le développement complet de cette bulle, l'épiderme se rompt, une légère excoriation lui succède. Un, quelquefois deux jours après, on voit naître une autre bulle à côté de la première ; elle suit absolument la même marche, et se trouve aussi quelquefois remplacée par une troisième. Dans ces cas, très rares, la durée de la maladie est de huit à dix jours. Cette variété peut aussi exister à l'état chronique.

Le pemphigus chronique, *pompholix diutinus* de Willan,

est une affection que l'on observe beaucoup plus fréquemment que le pemphigus aigu; c'est à lui que se rapportent la plupart des descriptions qui ont été faites par les auteurs.

On l'observe quelquefois dans l'âge adulte; plus souvent il sévit sur les vieillards; on le rencontre moins souvent chez les femmes que chez les hommes.

Quelques jours avant l'éruption, le malade éprouve un sentiment de malaise général : il a de l'inappétence, des nausées, des lassitudes; quelquefois, mais sans que cela soit toujours bien manifeste, un léger mouvement fébrile. La peau est le siége de démangeaisons, et plus particulièrement de fourmillemens qui se font ressentir dans une étendue quelquefois considérable, quelquefois bornée. Là où la dédémangeaison et le fourmillement se faisaient sentir, viennent bientôt de petits points rouges qui ne tardent pas à s'étendre. Des bulles plus ou moins nombreuses succèdent à ces points; elles ont une marche assez rapide dès le début; semblables à un pois quand elles ont trois jours de date, elles égalent quelquefois en grosseur un œuf de poule; leur forme est assez irrégulière, le liquide qu'elles contiennent séjourne deux ou trois jours, puis s'échappe à travers l'épiderme ramolli, macéré et rupturé. Il se forme alors des croûtes minces et aplaties, brunâtres, jaunâtres, et quelquefois blanchâtres.

Dans d'autres cas, soit par la volonté du malade, soit par le fait des mouvemens auxquels il se livre, les bulles se déchirent, l'épiderme se roule sur lui-même, la surface mise à nu est rouge, doulourense, cuisante. Elle laisse pendant quelque temps s'exhaler un peu de sérosité, l'épiderme de la circonférence se fronce comme il fait autour des cicatrices minces et récentes, et cette partie reste encore pendant long-temps le siége d'une exfoliation épidermique.

Cette éruption n'est pas plutôt terminée, que l'on voit apparaître auprès des anciennes bulles une nouvelle éruption qui suit tout-à-fait la même marche, de sorte que, par des éruptions successives, la maladie peut se prolonger indéfiniment, et c'est une chose très commune de voir en même temps des points rougeâtres, des bulles, des croûtes, des taches plns ou moins larges, rouges, luisantes ou légèrement excoriées.

On peut voir le pemphigus durer ainsi quelques mois.

Dans des cas assez rares, le pemphigus occupe toute la

surface cutanée, des bulles confluentes se réunissent, le liquide qu'elles contiennent s'épaissit, devient séro-purulent, et en se desséchant avec l'épiderme, il donne lieu à des croûtes jaunâtres qui offrent quelque ressemblance avec l'impétigo. Mais, outre que l'impétigo ne se présente jamais d'une manière aussi générale, il y a dans la nature de ces croûtes quelque chose de caractéristique, et qui appartient réellement aux affections bulleuses : minceur, surface bombée, circonférence plissée. Elles forment une sorte de teste général dont les intersections sont constituées par des squames légèrement imbriquées. Cette variété existe assez souvent à la face; alors, si elle se prolonge quelque temps, elle finit par amener des complications assez fâcheuses. C'est ainsi que nous avons plusieurs fois observé que les paupières, après avoir été le siége de plusieurs éruptions successives, se renversaient, perdaient la possibilité de se mouvoir, et se gonflaient à leur bord libre. Dans ces cas l'œil devenait bientôt d'une sensibilité extraordinaire, la conjonctive palpébrale et oculaire était le siége d'une injection vasculaire extrêmement prononcée, et les larmes, s'écoulant en abondance sur des surfaces nouvellement excoriées et douloureuses, entretenaient sur ces parties un foyer rebelle d'irritation.

Chez un malade qui mourut à l'hôpital Saint-Louis, et qui était affecté d'un pemphigus dont la première éruption remontait à dix-sept ans, nous avons vu les lèvres flasques et pendantes, la muqueuse qui les doublait, et celle qui tapissait les parois buccales et la surface de la langue, se recouvrir sur les derniers temps de la vie, de bulles volumineuses, transparentes, contenant un liquide sanguinolent. Quand l'épithélium se déchirait, ce qui arrivait très rapidement, la surface mise à nu restait pendant long-temps le siége d'une exsudation sanguine abondante; les gencives de ce malade étaient gonflées, fongueuses, saignantes. Cet état des gencives existe assez souvent chez les individus affectés de pemphigus depuis long-temps. La muqueuse buccale et pharyngienne participe à l'anatomie générale de tout le système muqueux; cependant il est extrêmement rare d'y rencontrer les bulles dont les auteurs parlent si souvent, et regardent comme très fréquentes. Pour ma part, je n'ai été à même de les constater qu'une seule fois : c'était sur le malade dont je viens de parler.

Dans quelques cas, des taches rouges, circulaires, semblables à celles du pemphigus, préexistent à l'apparition des premières bulles; mais les éruptions successives n'offrent pas le même phénomène, *et vice versa;* l'on voit parfois des éruptions secondaires accompagnées de l'aréole érythémateuse.

Il est assez fréquent de voir le pemphigus chronique se choisir, pour ainsi dire, une région sur laquelle il se développe exclusivement. Ainsi, sur plusieurs malades, je l'ai vu occuper la partie antérieure de la jambe. La coloration lie de vin, dont j'ai déjà plusieurs fois parlé, était, dans ces cas, également répandue sur toute la jambe, qui paraissait avoir été affectée de vieux ulcères. Tantôt il y apparaissait des bulles grosses comme un pois, une amande, un œuf de poule; d'autres fois ces éruptions n'avaient rien de régulier, et la poche phlycténoïde avait un développement très considérable. Une fois j'ai vu trois bulles simples, dès leur début, occuper l'espace compris entre la crête tibiale et l'articulation tibio-tarsienne. Quand l'épiderme était enlevé, il restait chez ce malade une surface qui avait beaucoup d'analogie avec celle de certains ulcères atoniques; mais, dans le court espace de deux ou trois jours, un nouvel épiderme, mince, luisant, avait bientôt remplacé le précédent. Biett a vu un homme de trente ans qui, depuis son enfance, avait à la jambe un pemphigus qui avait suivi la marche que nous venons de décrire. J'en ai vu un autre exemple à l'hôpital Saint-Louis, sur un homme de moyen âge qui avait à la jambe un pemphigus chronique depuis de nombreuses années.

Dans les cas qui présentent de la gravité, l'état général du malade, les douleurs qu'il éprouve sur les points qu'occupe l'éruption, sans que pour cela il existe de la fièvre, le forcent à garder le repos au lit. Quand l'éruption ne comprend pas une grande étendue, le malade peut se lever, des bulles successives peuvent se former en divers points, et la maladie peut durer un temps infini.

Le pemphigus peut exister avec un assez grand nombre d'éruptions différentes; souvent on le voit accompagné par l'herpès et le prurigo, dans ce dernier cas *pompholix pruriginosus* de Willan. Le malade éprouve ordinairement des démangeaisons très vives. Plusieurs fois j'ai vu le pemphigus

entretenu par un eczéma général. Dans ces cas la peau du malade était entièrement recouverte de bulles par les progrès de la maladie, elle devenait tout-à-fait glabre; elle était tellement mince et délicate que les moindres mouvemens déterminaient des excoriations douloureuses, les malades ne pouvaient qu'à grand'peine être transportés dans les bains. Les croûtes étaient d'un aspect assez particulier : elles ressemblaient à des parcelles minces de galette feuilletée; elles étaient continuellement imbibées de sérosité; leurs bords étaient relevés, leur centre adhérent; de plus, elles étaient circonscrites par de petites lignes sur lesquelles on voyait des vésicules d'eczéma ou bien un suintement séreux.

Dans quelques circonstances le pemphigus paraît régner endémiquement, mais presque toujours il se présente sporadiquement. M. Jalabert (*Journ. de méd.*, t. LXXXII), a publié deux observations qui tendraient à le faire considérer comme contagieux; mais il n'est jamais rien résulté des expériences de MM. Husson et Martin, qui ont à plusieurs reprises inoculé le liquide contenu dans les bulles.

La durée du pemphigus est indéterminée; elle peut être d'un, deux, trois septénaires, d'un mois, d'une ou de plusieurs années. Souvent il se développe en été, et se termine à la fin de l'automne.

Il se termine souvent par la guérison, quelquefois par la mort; mais alors cette dernière est le résultat d'une complication plus ou moins grave, d'une hydropisie de la poitrine ou du ventre, d'une phlegmasie chronique des voies digestives.

Nécropsie. — Dans toutes les ouvertures de cadavres que nous avons faites à l'hôpital Saint-Louis, jamais nous n'avons rencontré de bulle sur le pharynx, sur l'œsophage et la muqueuse gastro-intestinale; nous avons plusieurs fois constaté de la pâleur, des ulcérations plus ou moins étendues. Chose remarquable, plusieurs fois nous avons vu la dégénérescence graisseuse du foie coïncider avec le pemphigus chronique, et nous trouvions plus particulièrement cette lésion anatomique quand la maladie avait été générale. Notre attention était éveillée à ce sujet, parce que nous avions constaté cette même lésion à l'ouverture d'un homme qui, affecté d'une maladie intercurrente, mourut au milieu d'un traitement qu'il subissait pour un acné indurata de vieille date. Pourquoi l'hu-

meur graisseuse cesse-t-elle d'être sécrétée dans le pemphigus chronique, dans l'acné indurata, par les follicules sébacés? Pourquoi trouve-t-on quelquefois pour résultat de ces maladies le foie gras? Voilà les deux termes d'un problème pour la solution duquel nous attendons une plus grande quantité de faits, et qui est bien digne de fixer l'attention des observateurs.

Causes. — L'âge ne paraît avoir aucune influence remarquable sur le développement du pemphigus. On l'observe plus souvent sur l'homme que sur la femme. L'insolation, la dentition, les écarts de régime, les excès, ont paru plusieurs fois exercer une influence efficace pour le développement du pemphigus aigu. Cette maladie n'attaque ordinairement que les jeunes sujets. Le pemphigus chronique se rencontre d'ordinaire chez les vieillards et chez les individus d'une constitution détériorée. Une mauvaise nourriture, des privations, des travaux prolongés, des veilles, l'habitation de lieux bas et humides, sont les causes prédisposantes les plus communes. Il succède quelquefois à une affection rhumatismale chronique, à la goutte, ou bien à une inflammation chronique des viscères de l'abdomen. Je l'ai vu plusieurs fois succéder à un eczéma chronique.

Diagnostic. — La présence de bulles le plus souvent isolées, les croûtes minces, lamelleuses, bombées au centre, ne permettent pas de confondre le pemphigus avec une autre maladie de la peau. On le distingue facilement du rupia, car les bulles, dans cette affection, sont rares; elles sont suivies de véritables ulcérations et de croûtes, dures, épaisses, proéminentes. Dans l'ecthyma, l'épiderme, quelquefois soulevé par une collection purulente assez étendue, peut parfois former une bulle; mais, dans le pemphigus, le liquide de la bulle est séreux; de plus, on rencontre ordinairement, sur les confins de la pustule douteuse, d'autres pustules d'ecthyma avec leur point brunâtre caractéristique au centre. Dans l'herpès, les vésicules sont toujours réunies en groupe sur une surface rouge et enflammée; les bulles du pemphigus sont ordinairement isolées, et sans rougeur circonvoisine; cependant, dans quelques cas, quand les bulles du pemphigus sont petites et agglomérées, il y aurait vraiment de la difficulté dans le diagnostic, si presque toujours sur d'autres points l'on ne ren-

contrait des bulles avec leur vrai caractère. Les bulles de l'érysipèle sont distinguées par la nature même de l'exanthème. Nous avons déjà parlé des caractères différentiels du pemphigus et de l'impétigo : si nous ajoutons que les croûtes de cette dernière affection sont épaisses, rugueuses, anfractueuses, il n'y aura plus aucun doute sur la nature de ces affections.

Pronostic. — Le pemphigus aigu se termine presque toujours d'uue manière heureuse. A l'état chronique, il est d'autant plus grave que l'éruption est plus étendue, plus souvent répétée, qu'elle attaque les individus affaiblis par l'âge, la misère, la débauche, l'irrégularité du régime, le mauvais état de la constitution, et qu'elle s'accompagne de complications plus ou moins graves par elles-mêmes.

Traitement. — Le pemphigus aigu est une maladie très légère; le rétablissemeut a souvent lieu par la diète seulement et l'usage de quelques boissons délayantes. Quand il s'accompagne d'un peu de fièvre, et que l'éruption est très étendue, c'est le cas de pratiquer une petite saignée du bras ou d'appliquer quelques sangsues à l'anus. En même temps on donnera quelques bains simples ou amidonnés, on prescrira des boissons légèrement acidulées. Le pemphigus chronique réclame aussi, dans les premiers temps, un traitement antiphlogistique, mais moins énergique que celui du pemphigus aigu. On donne des boissons mucilagineuses et délayantes, des bains tièdes, et plus tard des bains alcalins. Si ces douleurs sont vives, et causent au malade trop d'insomnie et trop d'agitation, on les calme par l'application de compresses trempées dans une liqueur anodine ou opiacée. On modifie, du reste, le traitement suivant la nature des maladies qui s'établissent comme complications. Du reste, le pemphigus chronique n'est pas une affection purement inflammatoire, et dans quelques cas on se trouve bien de refaire la constitution par une bonne nourriture et un régime tonique; en même temps on administrera à l'intérieur les ferrugineux et le quinquina. Dans les cas où le pemphigus chronique occupait une surface peu étendue, sur laquelle il reparaissait sans cesse, nous avons vu obtenir, par Biett, des améliorations notables par l'usage de cataplasmes saupoudrés de quinquina ou de charbon. L'emploi de la médication tonique ne doit pas seulement être bornée

aux cas dans lesquels la constitution du malade est affaiblie; elle doit aussi être employée pour les jeunes sujets quand l'éruption persiste. Alors il faut se conduire avec discernement, et surveiller attentivement les modifications que détermine l'emploi du traitement. CAZENAVE.

WICHMANN (J. E.). *Beitrag zur Kenntniss des Pemphigus*. Erfurt, 1791, in-4°.

BRAUNE (C. G. C.). *Versuch über den Pemphigus und das Blasenfieber*. Leipzig, 1795, in-8°, fig. color.

BUNEL (J. B. H.). *Diss. sur le pemphigus*. Thèse. Paris, 1811, in-4°.

GILIBERT (Stanislas). *Monographie du pemphigus, ou Traité de la maladie vésiculaire*. Paris, 1813, in-8°.

ROBERT DE LANGRES. *Mém. sur le pemphigus*. Dans *Journ. de méd. de Corvisart, etc.*, t. XXIV, p. 26.

BIDAULT DE VILLIERS. *Recherches et observations sur le pemphigus, son histoire et sa synonymie*. Dans *Journ. général de méd.*, t. LIV, p. 1.

LOBSTEIN (J. F.). *Histoire d'un pemphigus congénital*. Dans *Journ. complém. du Dict. des sc. méd.*, 1820, t. VI, p. 3.

BRAUN (L.). *Ueber die Erkenntniss und Behandlung des Pemphigus*. Freyburg, 1824, in-8°.

PLANK (Ad. de). *De diagnosi et cura pemphigi*. Dorpat, 1825, in-8°.

MARTIUS (Henr.). *Ueber den Blasenausschlag oder Pemphigus*. Berlin, 1829, in-8°.

HINZE. *Sur le pemphigus des nouveau-nés*. Dans *Bulletin des sc. méd. de de Férussac*, t. XI, p. 47.

KRAUSS. *Diss. de pemphigo neonatorum*. Bonn, 1834, in-8°.

Un grand nombre d'observations ont été publiées dans les divers recueils. *Voy.* aussi les principaux traités des maladies cutanées. R. D.

PÉNIS. — Mot latin employé dans notre langue comme synonyme de *verge* ou *membre viril*.

§ I. LE pénis est un organe cylindroïde, membraneux et vasculaire, érectile, pourvu de plusieurs muscles, situé à la partie antérieure et inférieure de l'abdomen, au-dessous et au-devant de la symphyse des pubis, et traversé suivant sa longueur par le canal excréteur de l'urine et du sperme. La forme, les dimensions et les courbures de cet organe, qui varient dans son état de flaccidité et pendant l'érection, présentent aussi des différences assez nombreuses suivant les individus; quelques-unes de ses variétés individuelles peuvent même influer sur le mécanisme de ses fonctions. Sa base ou

sa racine est insérée aux os du bassin, et surmontée par le *pénil*, tandis que son autre extrémité est libre, plus ou moins arrondie, recouverte ou non par un prolongement de la peau, et offre l'orifice extérieur du canal de l'urèthre. On observe à la face dorsale du pénis quelques troncs veineux assez considérables; sa face scrotale ou inférieure présente sur son milieu une saillie longitudinale formée par l'urèthre, et sur les côtés de cette sailie deux rainures superficielles résultant de la jonction de l'urèthre et du corps caverneux.

Les parties qui concourent à former le pénis sont un prolongement de la peau, du tissu cellulaire, un ligament suspenseur, le corps caverneux, l'urèthre, le gland, des muscles, des vaisseaux et des nerfs.

La peau du pénis a peu d'épaisseur, et contient néanmoins un assez grand nombre de follicules sébacés; elle n'est unie que très lâchement au corps caverneux et à l'urèthre par une couche de tissu cellulaire dans lequel on ne trouve pas de tissu adipeux, et qui communique immédiatement avec le tissu cellulaire du scrotum. A l'extrémité libre du pénis, la peau se réfléchit sur elle-même de devant en arrière jusque derrière la base du gland, et devient plus mince, plus rouge, plus humide, plus sensible. Elle forme ainsi le *prépuce*, qui résulte de l'adossement de deux membranes cutanées tres faiblement unies entre elles, et dont la longueur et l'ouverture antérieure ont des dimensions très variables suivant les individus; ses limites en arrière sont à une ligne ou deux derrière le gland. La partie antérieure et inférieure du canal de l'urèthre est unie à la partie correspondante de la face interne du prépuce par un repli membraneux qu'on nomme *frein du prépuce*.

Au-dessous de la peau, on observe entre la racine du pénis et la partie antérieure et inférieure de la symphyse des pubis, un faisceau membraneux, triangulaire, aplati transversalement, dont les fibres s'insèrent et s'épanouissent inférieurement sur le corps caverneux; ce *ligament suspenseur* est fibrocelluleux chez la plupart des sujets, mais quelquefois on voit des fibres musculaires dans son épaisseur. Il soutient la racine du pénis, et peut entraîner cet organe avec plus de force contre l'abdomen quand il est en partie musculeux.

Le corps caverneux forme à peu près les deux tiers du volume du pénis dont il détermine spécialement la consistance, em-

brasse la partie supérieure de l'urèthre, et s'étend de la partie interne et antérieure des tubérosités ischiatiques jusque dans l'épaisseur du gland. Le corps caverneux est unique, quoique divers anatomistes aient considéré chacune de ses moitiés comme un corps caverneux particulier. Deux prolongemens postérieurs conoïdes, légèrement aplatis et très grêles à leur origine, constituent ses *racines*, et sont fixés à la lèvre interne du bord inférieur des branches des ischions et des pubis, recouverts en dedans par les muscles ischio-caverneux. Ces racines du corps caverneux, parvenues au-devant de la partie antérieure et inférieure de la symphyse pubienne, se rapprochent, se réunissent et s'adossent en même temps à la partie supérieure du canal de l'urèthre. La partie antérieure du corps caverneux a la forme d'un cône tronqué, embrassé obliquement par le gland. Sa face supérieure, qui donne attache au ligament suspenseur, offre une dépression longitudinale dans laquelle sont logées les artères et les veines dorsales du pénis. Sa face inférieure est creusée d'un sillon longitudinal profond dans lequel est reçue la portion spongieuse de l'urèthre; un tissu cellulaire serré l'unit à ce canal. Le corps caverneux est formé par une membrane fibreuse extérieure, un tissu spongieux et des vaisseaux sanguins. La membrane fibreuse est blanchâtre, épaisse, très résistante, extensible, et jouissant d'une force rétractile très prononcée; l'épaisseur de cette enveloppe fibreuse est moins prononcée sur les racines du corps caverneux, et surtout dans les parties qui correspondent au gland et à l'urèthre, où elle est percée d'ouvertures nombreuses qui livrent passage à des vaisseaux sanguins. Sa cavité est séparée en deux portions latérales par une cloison médiane qui commence au-devant de la symphyse pubienne, et devient de moins en moins complète en approchant de la partie antérieure du corps caverneux où elle n'est plus indiquée que par des faisceaux fibreux, aplatis, séparés les uns des autres par des intervalles plus ou moins larges.

Le corps caverneux est formé par un tissu érectile qui consiste en une multitude de cellules ou loges séparées par des cloisons incomplètes, de manière que toutes ces petites cavités communiquent entre elles; les cloisons sont formées par des faisceaux fibreux qui, se détachant de toute la face interne de la membrane fibreuse d'enveloppe et de la cloison mé-

diane, vont s'entre-croiser en interceptant les aréoles ou cellules. Celles-ci sont tapissées à leur intérieur par une membrane très fine, que l'on considère comme la continuation de la membrane interne des veines. En effet, les veines qui pénètrent à l'intérieur de la verge, à sa racine, après avoir d'abord présenté des perforations latérales pour communiquer les unes dans les autres, cessent bientôt d'être distinctes, leurs parois se confondant avec celles des cellules elles-mêmes, disposition absolument semblable à celle que l'on observe dans la rate. Aussi peut-on très bien remplir toutes les cellules du corps caverneux en poussant une injection dans les veines qui rampent autour du col de la vessie; et d'autre part, remplir les veines, si on pousse l'injection par un point quelconque du tissu spongieux. Il y a donc large communication des veines avec les cellules. On peut, si dans la préparation on a injecté du suif, le faire dissoudre ensuite dans de l'essence de térébenthine légèrement tiède, et on obtient une pièce qui permet d'étudier facilement la disposition des cellules : la dessiccation après une insufflation préalable donne aussi le même résultat.

Il est beaucoup plus difficile de déterminer avec exactitude quelle est la distribution des artères à l'intérieur du corps caverneux. Les injections démontrent que les artères sont moins nombreuses que les veines; qu'elles se divisent en rameaux de plus en plus déliés, lesquels pénètrent entre les cloisons, les traversent ou se terminent dans leur épaisseur; qu'il est possible de remplir les cellules en poussant un liquide très pénétrant dans les artères, quoiqu'on y arrive bien plus facilement en injectant par les veines; mais ces notions ne sont point suffisantes pour bien expliquer en quoi les artères concourent à la composition du tissu érectile. Il faudrait savoir surtout comment s'effectue la communication entre les deux ordres de vaisseaux, artères et veines.

Aux détails déjà donnés à l'article ÉRECTILE, nous pouvons ajouter aujourd'hui de nouveaux développemens relatifs à la structure du pénis. Muller croit avoir démontré que les artères du corps caverneux ont deux sortes de rameaux : les uns qui s'épuisent et se terminent dans les cloisons des cellules, et servent à la nutrition de l'organe, les autres, nés sur les côtés des branches, ont une disposition toute particulière. Ce

sont de petits ramuscules, courts, légèrement contournés, terminés brusquement par un petit renflement qui paraît clos. Quelquefois ils sont isolés, d'autres fois ils naisseut d'une même tige, et forment une touffe qui fait saillie dans la cellule; on les trouve principalement dans la partie postérieure du corps caverneux et du tissu spongieux de l'urèthre; ils sont surtout distincts chez l'homme. L'auteur les nomme artères helicinées (*arteriæ helicinæ*). Pour les apercevoir, dit-il, il suffit d'injecter les artères des corps caverneux avec de la colle colorée par du vermillon; la matière remplit les cellules veineuses, et après avoir lavé celles-ci à grande eau, on aperçoit les petits vaisseaux dont il s'agit (*Physiol.* de Muller, édit. anglaise de Baly, 1re part., p. 225, et *Muller's Arch.*, 1835).

Dans un mémoire postérieur au travail de Muller, Valentin met en doute la disposition qui vient d'être indiquée, et parle de petites ouvertures dont seraient criblés les derniers rameaux artériels, et par où le sang serait versé dans les cellules (*Muller's Arch.*, 1838). Muller dit aussi avoir vu dans le pénis du cheval des fibres d'un rouge pâle, situées entre les anastomoses des veines. La plupart sont longitudinales, mais unies à des fibres transversales. Au microscope, elles offrent peu de ressemblance avec les fibres musculaires; après sept heures d'ébullition, elles ne donnent point de gélatine. Le galvanisme n'y décèle aucune contraction chez le cheval vivant. En conséquence, dit-il, elles ne paraissent point être de nature musculaire.

La verge est pourvue de plusieurs muscles : on trouve d'abord les *ischio-caverneux* et les *bulbo-caverneux*. Les premiers sont au nombre de deux, un de chaque côté, et longent les racines du corps caverneux. Ils naissent de la lèvre interne des tubérosités sciatiques, par des fibres aponévrotiques, prennent aussi quelque point d'origine sur le corps caverneux lui-même, et montent obliquement en dedans pour se terminer en une aponévrose qui continue le muscle en avant. Tous les deux réunis forment un triangle dont le sommet répond à la symphyse pubienne, et la base au muscle transverse du périnée. C'est dans le centre de ce triangle qu'on trouve les deux autres muscles, *bulbo-caverneux*, accolés l'un à l'autre sur la ligne médiane. Un peu plus forts que les précédens, ils embrassent le bulbe de l'urèthre et le commencement de la partie

spongieuse de ce canal; ils naissent au-devant du sphincter externe de l'anus, et se portent obliquement en avant et en haut. Outre ces muscles, on trouve autour de la partie périnéale de l'urèthre d'autres faisceaux musculaires, que nous ne mentionnons pas ici, et dont on trouvera la description à l'article PÉRINÉE.

Les artères naissent de la honteuse interne, branche de l'hypogastrique : on trouve, pour les tégumens du pénis, 1° sur la face dorsale, deux rameaux, *artères dorsales* du pénis, provenant de la branche profonde de la honteuse interne; 2° à la face inférieure, deux rameaux qui viennent de la branche superficielle de la même artère. Au centre du pénis, et fourni par la branche profonde de la honteuse, il y a pour chaque moitié du corps caverneux un rameau qui marche d'arrière en avant dans toute la longueur de l'organe, *artère caverneuse*, et enfin, un autre rameau dans l'épaisseur de la cloison, *artère de la cloison*. — Les veines sont plus nombreuses et plus volumineuses que les artères. Une grosse veine *dorsale*, née de plusieurs rameaux disposés autour du gland, est la plus remarquable ; d'autres, situées à la face inférieure, se dirigent comme la première sous l'arcade pubienne, et vont se rendre aussi sur les côtés du bas-fond de la vessie, en traversant des cloisons fibreuses qui les maintiennent béantes. Les lymphatiques superficiels de la verge, et ceux du gland, aboutissent aux ganglions situés dans la partie interne de la région inguinale; on ne sait rien de positif sur les lymphatiques du corps caverneux. Les nerfs sont abondans, et viennent du nerf honteux; ils suivent les mêmes divisions que les artères.

Le canal de l'*urèthre*, qui parcourt toute la longueur du pénis, est situé le long de sa face inférieure; il commence dans la glande prostate, au col de la vessie, et se termine à la partie antérieure et inférieure du gland; dans son trajet, les conduits éjaculateurs, les canaux excréteurs de la prostate, des glandes de Cowper, s'ouvrent dans sa cavité, ainsi que des follicules muqueux. La longeur de ce canal tient à celle du pénis, aussi les différences qu'il peut présenter dépendent particulièrement de la portion libre du pénis, qui, étant ou très courte ou très longue, rend le canal de l'urèthre également ou très long ou très court. Les dimensions de l'urèthre, mesurées par Wathely, Rougier, Ducamp et Lallemand,

ont varié, pour la longueur, entre sept pouces et demi et neuf pouces et demi; cette dernière dimension est assez rare. Au reste, la différence que l'on trouve dans les dimensions que divers anatomistes ont indiquées tient aux différens moyens employés pour mensuration. Si, au lieu d'étendre modérément la verge, on la tiraille fortement sur la paroi abdominale, on obtient huit et dix pouces; on va même jusqu'à douze si, après avoir enlevé la vessie et la verge, on mesure le canal en l'étendant autant que le permet son tissu. Mais, mesuré en place et sans extension, l'urèthre ne donne en réalité que de cinq pouces à six, comme le dit M. Malgaigne, ou six et demi, comme le dit M. Velpeau. Ce dernier chirurgien a porté ses recherches sur cent trois cadavres. Dans un tableau publié également par ce praticien, et emprunté à M. Caillard, prosecteur des hôpitaux, on voit que, sur vingt sujets, la verge tendue sur une sonde munie de son mandrin donnait huit et neuf pouces quelques lignes, tandis que, si le pénis était abandonné à lui-même, et le canal mesuré sur une sonde élastique sans mandrin, on ne trouvait au plus que six pouces et quatre ou cinq lignes.

M. Amussat a reconnu que l'urèthre est droit ou presque droit, même chez les jeunes sujets, lorsque le rectum est vide et le pénis dirigé en avant et en haut; cette observation est fort importante sous le rapport du cathétérisme. Dans l'état de flaccidité du pénis, la direction du canal est flexueuse, et présente les courbures d'un *S*: ces courbures correspondent à certaines portions de l'urèthre, que nous allons examiner successivement.

Elles sont au nombre de quatre: la première, nommée *prostatique* ou *col de l'urèthre* (Scarpa), qui a neuf à douze lignes de longueur, est embrassée dans sa totalité et assez souvent dans ses trois quarts inférieurs seulement, par la glande *prostate*; elle est dirigée obliquement de bas en haut et d'arrière en avant quand le rectum est vide; quand il est plein, son obliquité est, au contraire, de haut en bas. Le diamètre de la portion prostatique chez un homme de trente à quarante ans est, suivant Scarpa (*Mémoire sur la taille latérale*. Dans le *Traité de l'opération de la taille*; trad. de l'italien, par le docteur Ollivier (d'Angers). Paris, 1826, in-8°), de trois lignes à l'extrémité antérieure de la prostate, de quatre lignes à sa partie

moyenne, et de cinq lignes près de l'orifice de la vessie : ses parois sont très minces, surtout inférieurement, où elles sont adhérentes à la prostate : elles ont plus d'épaisseur dans la partie supérieure, surtout lorsque la prostate ne les enveloppe pas totalement : elles sont alors doublées par des fibres musculaires longitudinales et transversales.

La portion de l'urèthre qui fait suite à celle que nous venons de décrire porte le nom de *portion membraneuse*; en bas, elle est en rapport avec les glandes de Cowper, le muscle transverse du périnée, et latéralement avec les vaisseaux et les nerfs qui la séparent du corps caverneux; en haut et en avant, elle correspond à l'intervalle celluleux qui sépare la partie antérieure de la vessie de la face postérieure des pubis, à la partie inférieure de la symphyse de ces os et aux fibres antérieures des muscles releveurs de l'anus : elle est oblique d'arrière en avant et de bas en haut. Sa longueur est de huit à dix lignes; quant à la largeur de sa cavité, elle n'offre pas la même forme que celle de la portion prostatique : elle est légèrement renflée à son milieu, et rétrécie à sa jonction avec la portion bulbeuse. Ses parois sont épaisses et très résistantes; ce point du canal de l'urèthre offre des fibres longitudinales et circulaires assez intimement liées ensemble. Ces parois sont fortifiées par deux muscles constricteurs décrits par Wilson, et qui l'entourent en forme d'anneau; l'un et l'autre s'attachent par un court tendon un peu au-dessus du bord inférieur de la symphyse pubienne, à quelques lignes au-dessous de l'attache tendineuse de la vessie. Ces muscles qui font en quelque sorte partie des parois de la portion membraneuse de l'urèthre, contribuent puissamment à leur donner plus de résistance.

Au-devant de cette seconde portion se trouve la *portion bulbeuse*, ainsi nommée parce qu'elle est logée dans le sillon creusé à la face supérieure du bulbe de l'urèthre : elle est la partie la plus rétrécie du canal, et un peu moins longue que la précédente, avec laquelle elle forme, dans l'état de flaccidité du pénis, une courbure qui embrasse la partie inférieure de la symphyse pubienne sans la toucher immédiatement. Ses parois sont épaisses et très spongieuses.

Enfin, la quatrième portion du canal a reçu le nom de *spongieuse*; c'est la plus étendue, et sa longueur dépend de celle

du pénis. Elle se continue immédiatement avec la portion bulbeuse sans démarcation précise. Son diamètre diminue progressivement d'étendue à mesure qu'on l'examine plus près du gland. Toute cette partie du canal est logée dans la rainure creusée à la face inférieure du corps caverneux.

Il résulte donc, de la disposition des différentes portions de l'urèthre, que ce canal, ainsi que M. Amussat l'a constaté, représente un cône dont la base correspond en arrière; que, légèrement renflé à sa partie membraneuse, il se rétrécit vis-à-vis le bulbe, s'élargit ensuite subitement au commencement de la portion spongieuse, et diminue ensuite insensiblement jusqu'au méat urinaire sans offrir de dilatation, comme on le dit, à la *fosse naviculaire*, partie du canal qui correspond au gland. M. Amussat pense que l'apparence d'un élargissement dans ce point dépend de ce que le tissu du gland est moins mou et la membrane muqueuse plus adhérente, de sorte que, en divisant l'urèthre longitudinalement, les deux moitiés latérales du gland restent fermes et bien étendues, tandis que le tissu spongieux du reste du canal revient sur lui-même, et s'affaisse en se vidant du sang qu'il contient.

Dans toute l'étendue du canal de l'urèthre, la membrane muqueuse est ordinairement blanchâtre, à l'exception du méat où elle est rosée; on voit à sa surface, le long de la paroi inférieure et sur la ligne médiane, les orifices assez nombreux de follicules muqueux dont l'ouverture est dirigée en avant; à la jonction des portions bulbeuse et membraneuse, on trouve les orifices des conduits des glandes de Cowper; plus en arrière, et plus près de l'orifice de la vessie, est la *crête uréthrale*, ou *verumontanum*, saillie allongée, percée à son extrémité et un peu en avant, de deux ouvertures où aboutissent les canaux éjaculateurs. Sur ses côtés, on observe les orifices des conduits de la prostate, et derrière existe une saillie transversale qui forme la démarcation de la vessie et de l'urèthre: cette saillie se réunit à angle droit avec le verumontanum, et divise ainsi cette partie de la paroi inférieure du canal en deux moitiés latérales ou petites fossettes dans lesquelles s'arrêtent quelquefois les sondes. M. Amussat a décrit cette saillie comme une valvule qu'il nomme *pylorique*, et dans laquelle on trouve quelquefois des fibres charnues transversales; suivant M. Velpeau, ce repli valvulaire n'existe pas le plus ordinairement,

mais le point d'origine du canal de l'urèthre est relevé ici par le bord postérieur de la prostate qui forme ainsi la saillie en question. Il y a aussi au-devant de la portion bulbeuse une bride demi-circulaire formée par le contour fibreux de la gouttière du bulbe, qui soulève un peu la membrane muqueuse, surtout quand le tissu spongieux est vide de sang, et contre laquelle on voit également les sondes s'arrêter quelquefois : c'est là que s'effectuent les fausses routes qu'on dit exister dans la portion membraneuse.

En décrivant les portions prostatique et bulbeuse, nous avons parlé des parois qui les forment ; il nous reste à décrire le bulbe et la paroi spongieuse qui lui fait suite pour rendre complète la description des parois du canal de l'urèthre. Le *bulbe* est un renflement que présente le commencement du tissu spongieux de l'urèthre, situé au-devant de l'extrémité inférieure du rectum auquel il est uni par un prolongement cellulo-fibreux et musculaire, au-dessus du muscle bulbo-caverneux et de la peau, correspondant aux glandes de Cowper. Sa partie supérieure est creusée d'une gouttière qui loge l'urèthre; en avant, il se continue immédiatement avec la portion *spongieuse* dont l'épaisseur va toujours en diminuant jusqu'au gland, qui paraît être formé par son épanouissement : cette portion spongieuse est recouverte inférieurement par les muscles bulbo-caverneux et les tégumens. Dans le reste de son étendue, elle adhère au corps caverneux par du tissu cellulaire et des vaisseaux. L'enveloppe extérieure du tissu du bulbe et de la substance spongieuse est cellulo-fibreuse ; du côté du canal de l'urèthre, le tissu spongieux est recouvert par la membrane muqueuse. Les artères de l'urèthre viennent de l'hypogastrique et de la honteuse interne : les plus grosses pénètrent dans le bulbe. Les veines suivent un trajet analogue ; les lymphatiques se rendent dans les glandes inguinales et dans le plexus hypogastrique. Le nerf honteux et le petit sciatique fournissent les filets qui s'y distribuent. L'urèthre, chez la femme, sera décrit ailleurs (*voy.* VULVE).

Enfin, *le gland*, qui constitue la partie antérieure du pénis, a la forme d'un cône tronqué, aplati inférieurement, dont la base est coupée obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, et creusée de manière à embrasser la partie antérieure du corps caverneux qui en est très distincte. *La couronne*, ou

circonférence de la base du gland, est saillante, arrondie et hérissée de papilles très prononcées. Le sommet est divisé par une fente verticale qui constitue le méat urinaire, et qui se continue inférieurement avec un sillon dans lequel se fixe le frein du prépuce. Le méat urinaire, qui conduit dans l'urèthre est voisin de la partie de ce canal qu'on nomme *fosse naviculaire*, et dont nous avons parlé plus haut. Le gland est recouvert par le prolongement de la membrane interne du prépuce: elle adhère intimement au tissu spongieux dont le gland est essentiellement formé; et qui paraît être véritablement la continuation et l'expansion de celui qui forme les parois de la portion spongieuse du canal. La membrane d'enveloppe du gland jouit d'une sensibilité exquise, surtout chez les jeunes sujets; elle est aussi plus grande chez les individus dont le gland est recouvert habituellement par le prépuce, que chez ceux dont le gland est ordinairement découvert; les frottemens répétés du linge et des vêtemens émoussent en partie cette sensibilité.

Le pénis n'est distinctement formé, chez l'embryon, qu'après la quatorzième semaine; jusque-là les parties génitales extérieures sont telles qu'il est impossible de distinguer le sexe. L'identité primitive de ces organes, reconnue par Home, Autenrieth et Ackermann, a été constatée plus récemment encore par Meckel. Il résulte de ces recherches que, dans le principe, on observe un corps assez saillant, triangulaire, un peu renflé à son extrémité antérieure, collé d'abord à la partie inférieure de la paroi antérieure de l'abdomen de l'embryon, et qui plus tard pend librement en avant. Ce corps est formé de deux moitiés séparées l'une de l'autre par un sillon qui se prolonge le long de la face inférieure de ce corps qui forme ensuite, soit un pénis, soit un clitoris. A peu près dans le même temps, ou un peu plus tard, il se développe sur les parties latérales de ce dernier corps un repli membraneux dirigé d'avant en arrière. Ces deux replis ne sont pas réunis ensemble à la partie postérieure: ce sont les rudimens du scrotum ou des grandes lèvres. D'après ces diverses observations, on voit que la forme première des organes génitaux extérieurs, chez l'embryon, offre généralement une très grande analogie avec ceux du sexe féminin, fait qui a été confirmé postérieurement par les recherches de Tiedemann. Au troisième mois, le sillon médian

du pénis est complétement effacé; la jonction de ses deux moitiés est d'ailleurs effectuée déjà depuis long-temps.

Le pénis concourt tout à la fois à l'émission de l'urine et du sperme; il est l'organe de la copulation, et la consommation de cet acte exige, comme condition nécessaire, l'érection du pénis. Chez l'homme, ce dernier phénomène consiste uniquement en une turgescence sanguine du corps caverneux et du tissu spongieux des parois de l'urèthre; mais il est des animaux chez lesquels des muscles viennent ajouter leur action à l'orgasme vasculaire qui suffit dans l'espèce humaine pour que la copulation s'effectue. Ainsi, chez beaucoup d'insectes et de mollusques, ce sont des muscles qui font sortir et rentrer le pénis; chez plusieurs mammifères, il y a des muscles non-seulement pour soutenir et fixer le pénis, mais pour retirer le fourreau en arrière et découvrir le gland. On trouve aussi quelquefois au centre du pénis un corps solide, un os, qui maintient constamment cet organe dans une demi-érection (quadrumanes, plantigrades, digitigrades, rongeurs, etc.), et le tissu spongieux étant moins abondant, la turgescence est alors relativement beaucoup moindre que chez l'homme.

Cette turgescence est un phénomène sur lequel on a beaucoup disserté. On connaît ses causes occasionnelles qui sont toute excitation directe ou indirecte aux plaisirs de l'amour; chacun sait aussi tout ce qu'il y a de capricieux dans sa production; tantôt cet orgasme persiste avec une intensité pour ainsi dire croissante et douloureuse, dans certains cas morbides; tantôt, au contraire, sa manifestation résiste à toute espèce d'influences. Quant à la cause essentielle de ce phénomène, on n'a pas de notions positives à ce sujet: il y a accumulation évidente de sang dans l'organe, ainsi que l'annoncent le gonflement, l'accroissement en longueur et en volume, la rougeur, la chaleur du pénis, le battement de ses artères et la saillie de ses veines; on peut même s'en assurer positivement, car si on lie le pénis sur un animal vivant et en érection, on trouve les corps caverneux gorgés de sang, après l'écoulement duquel l'organe revient à sa flaccidité ordinaire: il suffit de pousser un liquide dans les veines profondes de la verge pour la mettre dans une érection artificielle tout à fait semblable physiquement à l'érection naturelle. Il est donc certain qu'il y a afflux de sang dans l'organe pendant cet état, et

c'est d'ailleurs un fait prouvé pour tous les tissus érectiles. Mais il n'est pas aussi facile de décider par quelle cause le sang abonde ainsi dans le pénis ; y a-t-il afflux véritable d'une grande quantité de sang artériel, ou simplement stase prolongée de sang veineux ; ce phénomène est-il actif ou passif ?

L'une et l'autre des deux opinions a été soutenue ; à l'appui de la première, on a rappelé que les grands efforts pour vider le rectum ou la vessie amènent un certain degré d'érection ; qu'il y a érection également lorsqu'un lien mécanique, étranglant la verge à sa base, empêche le sang veineux de se porter vers les troncs vasculaires du bassin. On a dit aussi que si le pénis est fréquemment en érection au moment du réveil, cela tient à la pression qu'exerce sur les veines la vessie distendue par l'urine accumulée pendant le sommeil. Mais il est d'autres circonstances dans lesquelles cette distension de la vessie existe au moins au même degré, sans qu'il en résulte un semblable effet ; d'où il suit que cette condition n'est très vraisemblablement pas la seule qui détermine alors l'érection. Il y a lieu de croire que cette turgescence est en grande partie due à l'excitation de la moelle épinière produite par un décubitus prolongé sur le dos : aussi est-elle beaucoup plus prononcée lorsqu'on a passé la nuit sur un lit ferme et résistant. C'est également aux secousses continues imprimées au rachis, et conséquemment à la moelle épinière, pendant un long trajet en voiture, qu'il faut attribuer le retour et la persistance des érections qu'on éprouve si habituellement dans cette circonstance. Enfin, chez certains animaux, de simples frictions sur la colonne dorsale et lombaire suffisent pour déterminer l'érection en quelques instans.

Les anciens anatomistes, qui admettaient, pour la plupart, qu'il y avait stase du sang veineux dans les cellules du corps caverneux, regardaient les muscles bulbo et ischio-caverneux comme produisant ce résultat par la compression des veines ; mais il est évident que ces muscles n'entrent pas en contraction toutes les fois que l'érection se manifeste ; si, en effet, ils pouvaient la produire, on pourrait entrer en érection à volonté, ce qui n'est pas. Quant au muscle de Houston (*Dublin hospital reports*, 1830), c'est bien à tort qu'on a invoqué son action sur la veine dorsale du pénis, puisque cette veine ne ramène point le sang de l'intérieur de la verge, et qu'en outre

elle s'anastomose largement avec les honteuses externes qui se jettent dans les crurales (Lenoir, thèse; Paris, 1833).

S'il existait réellement une stase du sang pendant l'érection, ne verrait-on pas cette suspension de la circulation déterminer les différens effets qu'on observe à la suite d'une constriction circulaire accidentelle? Aussi cette explication du phénomène est inadmissible, d'autant plus que du sang nouveau arrivant sans cesse par les artères honteuses, la distension devrait être indéfinie, et pourrait entraîner quelque rupture vasculaire, surtout chez les malades affectés d'un priapisme. Cette objection très fondée, que Bourdelin développa autrefois à l'Académie des sciences, avait fait penser à Duverney qu'il existait un diverticulum pour l'excédant du sang veineux, qu'il plaçait dans les veines dorsales de la verge. Mais nous avons déjà dit que ces veines ne reçoivent point le sang de l'intérieur des corps caverneux.

En définitive, cet arrêt mécanique du sang ne peut point exister, comme l'ont dit certains anatomistes. Il n'est pas douteux qu'une fois l'érection établie, et pendant tout le temps qu'elle dure, il y a évacuation d'une quantité égale de sang proportionnée à celle qui est apportée; que, par conséquent, il n'y a pas de stase veineuse. Peut-être, au début, le sang veineux reflue-t-il un peu plus lentement dans les troncs vasculaires du bassin, parce que les cellules qui se distendent en retiennent une partie; mais, au lieu de rencontrer un obstacle à son retour, il existe, au contraire, une condition anatomique qui le favorise: car, dans cette portion du périnée, les veines sont maintenues béantes et ouvertes par les cloisons fibreuses qu'elles traversent.

Serait-il donc plus rationnel de placer la cause immédiate de l'érection dans un afflux de sang artériel? Mais il est évident que dans la turgescence qui suit les attouchemens ou une excitation indirecte, la cause qui fait affluer le sang est toute locale, et ne résulte pas d'un accroissement de l'activité du cœur. Si l'on remarque alors un redoublement dans les battemens de cet organe, ce n'est qu'un effet secondaire et consécutif à l'émotion vive qui réagit sur toute l'économie. Il en est de même quand l'érection a lieu sous l'influence seule de l'imagination, ou à la vue d'un objet érotique; c'est encore

une excitation de la sensibilité du pénis qui détermine le molimen sanguin vers cet organe, et non une impulsion exagérée et locale du centre de la circulation; il faut donc qu'il y ait dans le tissu érectile du pénis une certaine excitabilité qui appelle et fait affluer le sang dans son intérieur. Muller admet une attraction spéciale entre les parois des cellules et le sang artériel qui est contenu dans les terminaisons contournées des artères caverneuses, attraction qui serait sous l'influence de la moelle épinière; mais cette opinion ne repose que sur une hypothèse. Comme on le voit, la question est encore à résoudre.

Le pénis proprement dit ne sert à l'éjaculation qu'en fournissant au sperme un canal convenablement dirigé; il résulte aussi de la nature érectile du corps spongieux de l'urèthre. Pendant l'érection, les parois de ce canal sont écartées l'une de l'autre, constituant ainsi une cavité libre qui est traversée sans le moindre obstacle par le liquide spermatique. Celui-ci, versé dans le canal par les orifices des conduits éjaculateurs, doit perdre un peu du mouvement déjà très faible qui lui est imprimé, parce qu'il pénètre d'un conduit étroit dans un autre beaucoup plus large, et on conçoit alors qu'il faille une nouvelle impulsion pour le chasser au dehors. On sait que le sperme peut alors être lancé à une distance de quelques pouces. Or, ce sont principalement les muscles de la racine de la verge qui concourent à produire ce résultat. Les bulbo-caverneux, et les faisceaux musculaires qui entourent la portion membraneuse de l'urèthre se contractent convulsivement et impriment un mouvement brusque et saccadé qui chasse le liquide en avant. Il est probable aussi que la prostate est soulevée par les releveurs de l'anus, et que le tubercule postérieur du verumontanum, venant au devant du col de la vessie, empêche le sperme de refluer en arrière. D'ailleurs, l'ouverture oblique en avant des conduits éjaculateurs dirige naturellement le liquide dans ce dernier sens. La consistance du sperme seconde aussi l'impulsion qu'il doit recevoir dans le canal, car s'il était plus fluide, il serait mû moins facilement. Les mucosités sécrétées par la prostate et les glandes de Cowper favorisent son excrétion. Enfin, à toutes ces causes il faut ajouter un mouvement spasmodique général, une sorte d'éréthisme

qui s'étend à tout le périnée, et qui concourt puissamment à accélérer la sortie du sperme.

Le pénis peut ne pas exister; il offre aussi des vices de conformation nombreux et très variés, qui portent sur l'urèthre et sur la verge simultanément ou isolément. Le canal peut être fermé à son méat, *imperforation du gland*, ou bien s'ouvrir au-dessous de son orifice naturel, entre le gland et le pubis, *hypospadias*, ou à la face dorsale de la verge, *epispadias*. Il manque complétement avec le pénis dans ce que l'on nomme *exstrophie de la vessie*. Quelquefois son extrémité antérieure s'ouvre à la surface du gland par deux ou trois petits orifices, ainsi que MM. Vidal et Velpeau en ont vu des exemples. (On peut consulter, pour les anomalies de l'urèthre, un mémoire de M. Vidal, publié dans le *Journ. hebdom.*, n° de mars 1833.) Quant aux divers vices de conformation des corps caverneux, *voy.* HERMAPHRODISME. OLLIVIER.

§ II. MALADIES DU PÉNIS. — La position superficielle du pénis, la présence de l'urèthre qui le traverse, la vive sensibilité dont il est doué, l'exercice ou l'abus de sa fonction, le rendent susceptible d'un grand nombre de maladies. Toutes ne doivent pas être traitées ici. Il en est, tels que les ulcères et diverses variétés de tumeurs syphilitiques, qui reviennent à d'autres articles : le *phimosis* et le *paraphimosis*, à cause de leur nom consacré, méritent aussi une place à part ; et nous renvoyons à l'article URÈTHRE ce qui concerne les affections accidentelles de ce canal. Il nous reste, par conséquent, l'étranglement par des corps étrangers, les plaies, l'inflammation, la gangrène, les tumeurs non-cancéreuses et cancéreuses du pénis. Nous y joindrons, en commençant par elles, quelques affections de l'urèthre et du prépuce qui ne trouveraient que difficilement leur place ailleurs.

Quelques vices de conformation relatifs à l'urèthre. — L'urèthre, au lieu de s'ouvrir librement à l'extrémité du gland, peut se terminer en deçà, soit à la face inférieure du pénis, ce que l'on nomme *hypospadias* (de ὑπο, au-dessous; σπαξειν, percer), soit à sa face supérieure, *epispadias* (de επί, dessus). D'autres fois l'orifice de l'urèthre est complétement fermé chez les enfans qui viennent au monde : on dit alors qu'il y a *imperforation* du gland. Ces trois noms doivent être réservés pour des disposi-

tions congénitales, et il faut ranger parmi les fistules de l'urèthre la solution de continuité que peut présenter la portion pénienne du canal, à la suite de causes accidentelles, et dans les rétrécissemens, l'occlusion accidentelle du méat urinaire.

On distingue plusieurs variétés d'*hypospadias*. Dans l'uue, l'orifice de l'urèthre s'ouvre au niveau de la fosse naviculaire, vers la base du gland; dans une autre, il a lieu entre le gland et la racine des bourses; dans la troisième, le scrotum est fendu d'avant en arrière, à la manière d'une vulve, et l'urèthre, qui manque dans la majeure partie de son étendue, s'ouvre entre les deux lèvres de la division. Parmi les cas de la première variété, il en est dans lesquels il ne manque, pour ainsi dire, que la paroi inférieure du canal, et une fente terminant l'urèthre existe à toute la face inférieure du gland. Il en est d'autres où le gland est imperforé, et le canal alors s'ouvre par un orifice plus ou moins large au niveau de la fosse naviculaire. M. le docteur Rennes, qui a vu cette dernière forme dix fois à peu près sur trois mille jeunes gens soumis au conseil de révision, a signalé sur de tels individus une disposition particulière du prépuce. Cette membrane est échancrée en bas, sur les côtés de la fosse naviculaire, mais en haut, elle est largement étalée, et constitue une sorte de bourrelet qui recouvre le gland, disposition telle, dit M. Bégin, qu'elle suffit pour faire reconnaître, à la première vue, l'espèce d'hypospadias dont il s'agit. — Les résultats de la difformité varient suivant que l'urèthre s'ouvre immédiatement derrière le gland, ou dans un point assez éloigné de lui en arrière, ou bien sous le pubis. Chez les individus placés dans les deux derniers cas le liquide séminal ne saurait être projeté vers le col utérin pendant l'acte de la copulation, et conséquemment, pour eux, la fécondation est impossible; d'autant plus qu'en même temps la verge est très peu développée, et se courbe fortement en bas dans les faibles érections que peuvent encore éprouver les malades. Au contraire, lorsque l'urèthre s'ouvre vers la base du gland, le pénis, quoique moins développé encore que chez les autres hommes, quoique courbé en bas aussi pendant l'érection, peut remplir ses usages. Si ces personnes ont soin de soulever la verge en urinant, l'urine peut être lancée à une certaine distance; et il n'est pas impossible que la fécondation

soit néanmoins accomplie, ainsi que l'attestent deux faits publiés par Gunther.

Il est des formes d'hypospadias qui ne relèvent point de la chirurgie, et qui ne sont dignes d'intérêt qu'au point de vue de l'histoire des monstruosités. Le seul cas où il est permis de tenter une opération est celui dans lequel l'urèthre s'ouvre peu au-dessous de son orifice naturel; c'est-à-dire, celui aussi qui empêche le moins l'action du pénis : alors on a conseillé de percer le gland depuis son sommet jusqu'au point où s'arrête le canal. Pour cela on peut agir de la manière suivante: introduire un stylet dans l'urèthre par son orifice anormal, et le diriger vers le gland ; puis portant un petit trois-quarts sur le sommet du gland, là où doit exister naturellement le méat, l'enfoncer jusqu'à la rencontre du stylet en traversant le gland. Ensuite on placera, dans le nouveau canal, une sonde de gomme élastique, et on tâchera d'obtenir la guérison de la fistule. Cette fistule est très difficile à fermer. On pourra employer les moyens connus, savoir : la cautérisation, la suture par rapprochement des lèvres, ou l'autoplastie. Quoique rarement mise en usage, cette opération a cependant réussi entre les mains de M. Rublach et de Dupuytren. Chez un malade de ce dernier chirurgien, il y eut de graves accidens, et la verge faillit de tomber en gangrène. La chose la plus difficile est d'arriver à fermer la fistule, car il y a véritablement perte de substance au canal, dans le plus grand nombre des cas. Aussi a-t-on conseillé, après avoir avivé les bords de la gouttière qui représente le canal, de détacher la peau sur chacun de ses bords pour la ramener sur la ligne moyenne, formant ainsi une sorte de paroi inférieure à l'urèthre. On peut ici, d'ailleurs, proposer tous les modes de suture appliqués par M. Dieffenbach aux fistules uréthrales.

Après l'opération, il faut couper des brides qui vont au prépuce ou au frein, afin de diminuer, autant que possible, la courbure de la verge pendant l'érection. Si cette courbure était très considérable, on n'obtiendrait qu'un médiocre bénéfice du rétablissement du canal à travers le gland, parce que la difficulté à uriner et à lancer le sperme n'en existerait pas moins : il est rare de réussir complétement dans ces tentatives. Le plus souvent la verge a moins de longueur qu'à son état naturel, ainsi que le canal uréthral lui-même, et il n'est

pas possible, malgré la section de plusieurs brides, de faire disparaître l'incurvation du pénis. C'est pour un semblable motif qu'on ne doit espérer aucun résultat heureux d'opérations faites pour des hypospadias de la seconde forme; et à plus forte raison ne faut-il pas toucher à ceux qui rentrent dans la troisième.

L'*épispadias* est beaucoup plus rare que l'état précédent, et il peut aussi offrir plusieurs variétés. Toujours l'urèthre s'ouvre à la face dorsale ou supérieure de la verge, mais tantôt c'est par un orifice circulaire, et tantôt par une gouttière creusée entre les deux corps caverneux; et dans une étendue plus ou moins grande. La chirurgie ne peut rien contre de telles anomalies; les malades sont impuissans; le pénis est peu volumineux; souvent rudimentaire; plusieurs individus, regardés comme hermaphrodites, présentaient ce vice de conformation.

L'*imperforation* du gland existe lorsque l'urèthre, occupant sa situation et sa longueur ordinaires, est bouché en haut par une membrane qui ferme le méat. Cette occlusion, qui existe dès la naissance, est différente des rétrécissemens qui peuvent survenir au même point et par des causes différentes, aux divers âges de la vie; du reste; elle peut être complète ou incomplète. L'accoucheur ne peut que difficilement s'en assurer au moment de la naissance, parce que le prépuce, qui est alors très long, empêche de découvrir le gland, et même de voir le méat urinaire. Mais un peu plus tard, lorsque l'enfant commence à éprouver le besoin d'uriner, on est averti de l'existence du vice de conformation par les efforts et les cris du petit malade, dont les langes ne sont point souillés d'urine. Si on examine le pénis, on trouve le canal distendu par un liquide, et au-dessous du gland, une tumeur molle, fluctuante et même demi-transparente, qui résulte de l'accumulation de l'urine derrière le méat imperforé.

On conçoit de quelle nécessité il est de remédier à ce vice de conformation. L'occlusion persistant, l'urèthre finirait par se rompre dans un des points de sa longueur, et il s'ensuivrait une fistule ou une sorte d'hypospadias par cause congénitale. Cela est arrivé chez un homme âgé de trente-quatre ans, dont M. Marestin a rapporté l'histoire dans le t. VIII du *Journal de la Société de médecine*, p. 116. Cet homme avait depuis sa naissance

un hypospadias au périnée : cependant l'urèthre était libre jusqu'au méat, et à ce point une valvule assez épaisse fermait l'orifice. M. Marestin introduisit un stylet boutonné dans le canal, le dirigea vers le gland, souleva la membrane et incisa celle-ci; après quoi il plaça une sonde dans la vessie pour obtenir une cicatrice isolée de la valvule, et s'occupa de la fistule au périnée, qu'il parvint à guérir. Peu de temps après la naissance, il sera facile de perforer le gland, en enfonçant un petit trois-quarts dans la direction du canal, jusqu'à ce qu'il ait rencontré le conduit. Si cependant on craignait de manquer cette direction, on pourrait d'abord faire avec une pointe de bistouri ou une lancette; une petite incision sur le sommet du gland, puis pousser le trois-quarts ou une aiguille vers l'urèthre. Il est bon aussi d'attendre pour cette légère opération que l'urine ait eu le temps de remplir la portion existante du canal urinaire, car alors on a un guide sûr qui ne permet pas de manquer la direction. Lorsque le méat urinaire est très étroit, au lieu d'être complétement fermé, on peut le dilater graduellement avec de petites bougies, ou bien, après avoir introduit un stylet délié, débrider l'ouverture de chaque côté pour l'agrandir. Dans tous les cas, on doit avoir soin de maintenir dans la vessie une sonde pendant un temps assez long pour prévenir le rétrécissement de l'ouverture pratiquée.

Quelques affections du prépuce. — Je veux mentionner ici quatre états : la trop grande longueur du frein de la verge, l'adhérence du prépuce au gland, l'absence du prépuce, et son imperforation.

Lorsque le frein, ou filet de la verge, se prolonge jusqu'à l'orifice de l'urèthre, il en résulte une courbure du pénis en bas, pendant l'érection, et, par suite, la copulation est rendue douloureuse, et l'éjaculation du sperme difficile. Assez souvent ce léger vice de conformation disparaît de lui-même la première fois que l'individu se livre au coït; mais si le frein résiste et ne se rompt pas; si, d'ailleurs, les inconvéniens cités ci-dessus persistent, il faut couper le frein en travers, opération si simple, que plusieurs personnes ne demandent point pour cela l'assistance d'un chirurgien. Après avoir fixé le gland, on abaisse le prépuce, et le cordon étant tendu de cette manière, il suffit d'un coup de ciseaux ou de bistouri pour le diviser. Les caustiques seraient plus douloureux et moins sûrs que

l'incision. Il faudra, après l'opération, interposer un petit linge enduit de cérat entre le gland et son enveloppe, afin de prévenir la réunion des deux parties. Dans le même but, pendant tout le temps que durera la cicatrisation, on maintiendra le prépuce derrière le gland, et si pour cela il était trop étroit, on le fendra comme dans l'opération du phimosis. Cette dernière précaution est d'autant plus nécessaire, que cette étroitesse pourrait donner lieu à un paraphimosis.

L'adhérence du prépuce au gland, autrefois nommée *symphysis*, est congénitale ou accidentelle. La première variété est plus fâcheuse que la seconde, parce que presque toujours l'adhérence étant alors générale, il est plus difficile de la faire disparaître. Dionis conseille d'introduire entre le gland et son enveloppe une petite feuille de myrthe un peu tranchante, en prenant bien soin de ne pas perforer le prépuce, qui est très mince chez les enfans, ou bien de disséquer circulairement avec le bistouri. Mais, ainsi que l'a fait voir J.-L. Petit, cette opération est pénible et très douloureuse. A moins qu'il n'y ait complication de phimosis, dit M. Velpeau, il vaut mieux n'y pas toucher. Si, quoique congénitale, l'adhérence était partielle, on serait autorisé à la détruire; et, en ce cas, le moyen le meilleur, suivant la remarque de M. Laugier, est d'emporter une partie du prépuce.

Quant aux adhérences accidentelles, elles se montrent à la suite de chancres ou d'ulcères, vicieusement cicatrisés, ou après une opération de paraphimosis dans laquelle on a négligé de cicatriser isolément les petites plaies faites à la face interne du prépuce : cette incommodité gêne l'accomplissement des devoirs du mariage. On fera disparaître les adhérences en les divisant par le second procédé de Dionis, et il ne faudra pas négliger de placer un linge couvert d'huile ou de cérat entre les deux surfaces auparavant réunies.

Le prépuce peut manquer dès la naissance, ou avoir été enlevé par une opération, ou avoir été détruit par la gangrène: alors le gland est constamment à découvert, comme chez certains hommes chez lesquels cette enveloppe existe, mais très courte. Il s'ensuit tout au plus une diminution dans la sensibilité du gland et une légère incommodité. Cependant des chirurgiens anciens se sont beaucoup occupés de cette difformité, et nous ont transmis, sous le nom de *recutili*, deux

moyens pour y remédier. Celse décrit deux opérations : l'une que l'on faisait lorsque le prépuce manquait par vice de conformation naturelle ; l'autre, que l'on appliquait à ceux qui avaient été circoncis. Dans le premier procédé, on faisait glisser la peau du pénis sur le gland, de manière à en recouvrir celui-ci ; ensuite, afin de forcer cette peau à rester en place, on incisait circulairement le tégument de la verge au-dessous du gland, on fixait l'ouverture supérieure du nouveau prépuce, à l'aide d'un fil, sur une canule de plomb introduite dans l'urèthre, et on plaçait un petit rouleau de charpie entre les deux lèvres de la plaie faite à la peau du pénis, jusqu'à cicatrisation. Dans le second procédé, au lieu de couper la peau de la verge, on se bornait à détacher sa face interne à tout le pourtour du gland, et dans une assez grande étendue, de manière toutefois à ne pas intéresser l'urèthre : il en résultait une sorte de manchon que l'on faisait glisser sur le gland, et on le fixait encore sur une canule placée dans le canal. C'était donc, dans les deux cas, une véritable autoplastie par glissement.

Ces opérations ont la plupart des inconvéniens des opérations d'autoplastie. Il est rare qu'elles arrivent complétement à leur but. Le prépuce artificiel, d'abord suffisant pour recouvrir le gland, se rétracte peu à peu, et le membre viril se trouve à peu près dans le même état qu'auparavant : il peut même rester à la peau du pénis, par l'application du premier des deux procédés, une cicatrice dure, qui forme une sorte d'étranglement circulaire ; et, après s'être rétractée, la peau constitue autour de la base du gland un bourrelet plus gênant lui-même que l'absence du prépuce, qui, après tout, n'est qu'un inconvénient assez léger. D'ailleurs, ces opérations sont loin d'être aussi faciles et aussi innocentes que le dit Celse. J.-L. Petit, qui, à cet égard, a observé et écrit des choses fort intéressantes, ne les trouve pas suffisamment indiquées lorsqu'il s'agit de refaire un prépuce purement et simplement absent. Si elles sont arrivées jusqu'à nous, et si quelques anciens auteurs les décrivent avec soin, il faut en voir la cause, comme le dit Boyer, dans le grand nombre d'individus circoncis qui existaient de leur temps, et aussi, dans l'intérêt de quelques juifs qui voulaient effacer la tache de leur origine. Dionis, en décrivant le *recutili*, le range parmi les opérations qu'il ne faut pas pratiquer.

Mais lorsque le prépuce a été en partie rongé par une ulcération vénérienne, ou détruit par la gangrène, il peut rester de cette enveloppe des lambeaux irréguliers tuméfiés et durs qui deviennent réellement un obstacle à l'action du membre viril. Chez un malade de J.-L. Petit, les parties moyenne et latérales du prépuce manquaient, et ce qui lui en restait lui était plus incommode que s'il n'en avait pas eu du tout: c'était une sorte de pandeloque large d'un pouce à la base, et se terminant en cylindre comme une seconde verge. Petit emporta ce lambeau, qui empêchait le coït, et le malade put se livrer à ses devoirs de nouveau marié (*Traité des maladies chirurgicales*, t. II, p. 424, édition de 1790).

Le même auteur parle un peu plus loin d'un défaut congénital du prépuce qui consiste en une fente analogue à celle que l'on voit à la lèvre dans le bec-de-lièvre. Sur deux hommes qu'il a vus dans ce cas, il s'est décidé à opérer l'un d'eux, parce que les lambeaux résultant de la division gênaient encore la copulation. Le moyen qu'il employa est fort ingénieux : il étendit et déplissa les deux lambeaux, et s'assura qu'ils pouvaient recouvrir le gland sans le comprimer : alors il aviva le bord de chaque lambeau, et les réunit par la suture. Il remarque judicieusement qu'on ne doit pas aviver et réunir les lambeaux dans toute leur hauteur, mais seulement du côté du gland, car autrement on mettrait le malade dans le cas d'avoir un phimosis ou un paraphimosis. Les fils devront être passés comme dans une suture à surjet avec le soin de ne pas trop serrer les anses, et d'enrouler les chefs autour de la verge, afin de relâcher ou resserrer au besoin, le prépuce étant une partie qui se gonfle facilement.

Il est fâcheux que J.-L. Petit n'ait pas annoncé ce qui arriva à la suite de son opération. Bertrandi rapporte qu'un chirurgien de Paris, après une pareille tentative « eut le déplaisir, et le malade, la douleur, de voir les points de suture déchirés par un priapisme malencontreux » (*Traité des opérat.*, p. 196, traduc. de Sollier de la Romillais). A cause de cette dernière circonstance, sans doute, Boyer est d'avis, si le coït était douloureux et difficile, de préférer l'ablation d'un des côtés de chaque lambeau. Le procédé de Petit me paraît cependant convenable; mais il ne faudrait pas le conseiller, à l'exemple de Fabrice d'Aquapendente, pour un cas où le malade n'éprouverait qu'une légère

incommodité par le frottement de la chemise sur les lèvres de la division (Fabrice d'Aquapendente, cap. LXI).

De même que le gland, le prépuce peut être imperforé dès la naissance, et son occlusion peut aussi être complète ou incomplète. L'urine sortant librement par le méat urinaire s'accumule dans la cavité du prépuce, et y forme une tumeur molle, fluctuante, qui se tend et se gonfle lorsque l'enfant fait des efforts pour uriner. A la longue, sans doute, le liquide urinaire finirait par se faire jour en ulcérant l'enveloppe du gland; mais il faut se hâter d'enlever l'obstacle à la libre issue du liquide. Quoique une simple ponction puisse suffire, il vaut mieux exciser un lambeau circulaire au prépuce, sur le sommet du gland. On évite par ce moyen la chance d'exposer le malade, plus tard, à un phimosis. Quelques lotions émollientes ou légèrement astringentes seront le seul pansement à employer. L'étroitesse congénitale du prépuce est un phimosis naturel, auquel on ne saurait trop tôt remédier par l'excision conseillée plus haut; car on voit, dans une observation rapportée par Chopart, de graves désordres occasionnés, chez un enfant de deux mois et demi, par l'occlusion complète de la petite ouverture du prépuce sous l'influence de l'irritation causée par l'urine.

Étranglement par des corps étrangers. — Il arrive assez souvent que la verge soit étranglée par des corps étrangers appliqués à son extérieur. Ce sont des anneaux de diverses formes et de diverse nature dans lesquels, par ignorance ou par libertinage, des individus passent le membre viril : tantôt une corde ou un ruban de fil, tantôt un cercle métallique. Quelquefois l'imprudent applique l'anneau sur les bourses en même temps que sur le pénis, plus souvent sur ce dernier seulement. Un des exemples les plus curieux de cet accident est celui du garçon tonnelier qui se présenta à la clinique de Dupuytren avec une bobèche de chandelier passée autour de la verge.

Dans tous les cas, et quel que soit l'anneau constricteur, il ne tarde pas à survenir de graves accidens. Le pénis se gonfle au-dessus du lien d'abord, et quelquefois même au-dessous, jusqu'au pubis. Le gonflement augmente rapidement; les parties molles s'engorgent de liquides, et l'anneau peut être entièrement

caché dans un sillon profond recouvert de chaque côté par les parties tuméfiées; il y a impossibilité d'uriner, et toutes les suites de la rétention d'urine. Si l'étranglement n'est pas levé, tous les symptômes persistent et augmentent: il y a gangrène locale et bornée au point resserré avec perforation de l'urèthre, ou bien la gangrène s'étend à toute la partie antérieure de la verge, et même à la peau des bourses si celles-ci ont été comprises dans l'étranglement.

En conséquence, on conçoit de quelle importance il est de faire cesser la constriction, et le plus tôt possible. A cet égard, il y a deux difficultés: celle de ne pouvoir agir directement sur le lien, et celle qu'on éprouve à le rompre. La première est la même, quelle que soit la nature de l'anneau, et ne varie que d'après son volume ou l'ancienneté de l'accident. Plus l'anneau sera étroit, et surtout plus son application sera ancienne, plus aussi il sera caché et enfoncé dans un sillon recouvert par des parties gonflées. On est alors obligé de déplisser les deux lèvres par des tractions exécutées sur la peau du pénis pour apercevoir et saisir la cause de l'étranglement. Si ce moyen ne suffit pas, il faut pratiquer des mouchetures et des scarifications sur les parties tuméfiées, afin de les dégorger. Quant aux moyens de lever l'étranglement ou de couper le lien, ils varieront nécessairement suivant la nature de celui-ci. S'agit-il d'anneaux en corde, en ruban, ou en bois léger, un bistouri ou des ciseaux seront suffisans; pour des anneaux d'ivoire, de corne, ou d'une substance analogue, il faudra employer de forts ciseaux, ou une tenaille incisive; et enfin pour des cercles métalliques, la lime, la scie, et autres mordans de ce genre, seront nécessaires. Quelques personnes, et récemment M. Velpeau, conseillent l'usage d'un diamant tranchant, si on l'avait à sa disposition. On peut employer deux étaux à main pour saisir et maintenir l'anneau pendant qu'on le divise, ou pour le faire éclater, mais il est difficile de les passer de manière à pouvoir pincer le cercle constricteur. Dans le cas déjà cité de Dupuytren, ce chirurgien coupa d'abord le pavillon de la bobèche avec une tenaille incisive, puis avec deux spatules glissées sous le cylindre, on fit éclater celui-ci dans sa soudure; on fut averti que l'étranglement était levé par un jet d'urine qui s'échappa aussitôt.

Cette légère opération ne peut être indiquée dans toutes ses

variétés : la forme et la nature du moyen constricteur demanderont des modifications pour chaque cas particulier, et le chirurgien devra être ici inventif et adroit. Il aura soin de ménager, autant que possible, la partie non étranglée de la verge, et surtout l'urèthre : pour cela, il tâchera d'opérer sur le dos du pénis, et de glisser au-dessous du lien une petite plaque de bois, de carton ou de métal, qui servira à garantir les parties saines de l'action de l'instrument.

Afin de compléter cette histoire, dont il serait impossible de donner tous les détails et toutes les variétés, je vais mentionner quelques faits remarquables à plus d'un titre. — Un jeune homme, adonné à la masturbation, passa son pénis dans un anneau d'or; gonflement énorme de la partie, qui devint comme un verre à bière; teinte livide de toute la portion du membre située en avant de l'anneau, avec quelques taches d'un violet foncé, impossibilité d'uriner. M. Lorey pratique la ponction de la vessie au périnée et retire quatre livres d'urine. Un grand calme suit l'évacuation du liquide, mais imminence de gangrène au pénis : l'anneau est totalement caché par les tégumens, qui sont très gonflés et même ulcérés. On exerce sur l'organe, en arrière de l'étranglement, une forte compression avec des linges mouillés d'eau froide, et on les laisse à demeure malgré la crainte d'amener une gangrène superficielle; il en résulte une diminution du gonflement, qui permet enfin de glisser une lamelle de carton sous l'anneau; on coupe celui-ci en deux points avec une pince d'horloger. Quelques eschares de la peau du pénis tombèrent; la fistule au périnée se ferma, et tout guérit (Extrait d'un journ. italien, dans *Revue méd.,* 1837, p. 79). — Un soldat introduisit sa verge dans la douille d'une pelle à feu. L'étranglement fut levé avec de grandes souffrances, par un maréchal, qui brisa l'anneau (*loc. cit.,* par M. Lorey). Chez un autre soldat, l'anneau était la douille d'une baïonnette. Le patient parvint à diminuer le volume de son membre avec de la glace, et put ensuite le retirer lui-même (*loc. cit.*). Un collégien de seize ans fit entrer son pénis dans un flacon à essence. La partie contenue se gonfla et ne put sortir. M. Legros, n'osant pas se décider à briser le flacon qui était en verre, imagina l'expédient suivant : on huila le pourtour du goulot et du pénis; on appliqua des compresses d'eau froide sur le pubis, les bourses

et la partie non emprisonnée de la verge, en même temps que des applications chaudes étaient faites sur le cul du flacon, et des frictions sur son goulot. Après quatre minutes de cette manœuvre, l'imprudent malade sentit déjà une détente, et bientôt, en tirant un peu, on put dégager l'organe (journ. *l'Exper.*, 1838, p. 253, par M. Legros).

Plaies et contusions du pénis. — Les simples contusions et les plaies contuses du pénis sont fréquemment accompagnées d'une ecchymose qui s'étend rapidement et au loin à cause de la laxité du tissu cellulaire qui double la peau de l'organe. Le sang peut provenir ou bien de la rupture de quelques veines sous-cutanées, ou bien de la déchirure du tissu érectile des corps caverneux; et, dans le premier cas, l'ecchymose s'étend à toute la peau de la verge, et celle-ci prend une teinte livide et noire qu'il faut se garder de confondre avec une gangrène du pénis. Lorsque l'enveloppe fibreuse des corps caverneux est déchirée, et que le tissu de ceux-ci est intéressé en même temps que la peau et les couches superficielles sont restées intactes, le sang a moins de tendance à s'infiltrer. Il s'épanche au pourtour de la plaie de la membrane fibreuse, se forme un sac aux dépens du tissu cellulaire, et constitue ainsi une tumeur hématique, qui présente jusqu'à un certain point les caractères de l'anévrysme. Cette tumeur, en effet, est d'abord molle et fluctuante, et à chaque érection elle se laisse distendre par le sang. Un cas de ce genre, rapporté par Albinus (*Annotation. academ.*, lib. III, cap. V), est regardé par Boyer comme un exemple d'anévrysme des corps caverneux; l'accident arriva chez un jeune homme qui eut la verge fortement courbée au moment où elle était en érection. Chelius parle aussi de ces tumeurs, dont à la vérité il ne cite aucune observation, et reconnait qu'elles arrivent dans la circonstance indiquée ci-dessus. Il admet, en outre, que l'inflammation s'empare du foyer où s'épanche le sang, et donne lieu à des ulcérations et à des hémorrhagies. Ce qu'il y a de certain, c'est que la tumeur que portait le malade cité par Albinus ayant été ouverte largement, il y eut une hémorrhagie si abondante que, n'ayant pu être arrêtée, elle fit mourir ce jeune homme. On trouva à l'examen du cadavre que l'un des corps caverneux était très dilaté. Aussi Boyer, qui commente l'observation d'Albinus, loue ce chirurgien d'avoir voulu éviter l'incision de la tumeur. On

sera, au reste, embarrassé pour la faire disparaître. Si elle est volumineuse, et gêne considérablement la fonction du pénis, il n'y a d'autre moyen, dit Chelius, que d'amputer la verge. La maladie s'est très rarement présentée avec cette gravité. Mais on peut croire que les tumeurs hématiques produites par la cause que nous indiquons ne sont pas aussi rares qu'il le paraît d'abord ; et, probablement, plusieurs des tumeurs dures appelées *nœuds* ou *ganglions des corps caverneux*, reconnaissent cette origine. On les voit surtout chez les personnes qui ont été affectées de maladies vénériennes ; et il est possible qu'elles soient survenues après de fortes érections, pendant une blennorrhagie intense, ou même après que les malades se sont rompu la corde, comme ils disent. On conçoit, en effet, qu'un petit épanchement de sang ait pu se coaguler, et que la fibrine seule soit restée sous forme de nodosité ou de noyau.

J'ai parlé de la rupture des veines superficielles du pénis. M. Dufour en rapporte un exemple. Il y eut rupture de la veine dorsale de la verge, dit-il, par la chute d'une jeune personne sur un jeune homme, assis derrière elle : le sang coula ; l'accident n'eut pas de suite (*Gazette médicale*, 1834, n° du 26 avril).

D'autres plaies contuses peuvent emporter une partie plus ou moins considérable de la verge. Un homme ivre eut le pénis coupé par la chute d'une fenêtre à guillotine (*Lancette*, 1833). Une balle a plusieurs fois entamé la verge, et il paraît, d'après les observations, qu'il y a alors peu d'hémorrhagie. Les instrumens piquans donneront lieu à peu d'accidens ; on parle cependant de quelques-uns qui seraient possibles par la piqûre des nerfs qui rampent à la face supérieure du corps caverneux.

Si un instrument tranchant ne divise que la peau, on obtiendra facilement la réunion à l'aide de bandelettes agglutinatives. Pour une plaie longitudinale du corps caverneux, on ferait une compression circulaire, en introduisant, comme le recommande Boyer, une sonde dans l'urèthre, pour faciliter l'action du bandage ; mais ce genre de plaie n'a peut-être jamais été observé. On a vu assez souvent une section plus ou moins complète du pénis en travers. Une vengeance jalouse a surtout été la cause de cette blessure. Si l'organe est complète-

ment séparé, faudrait-il en tenter la réunion ? Cette conduite, quoique sans inconvénient, ne pourra guère être tentée avec succès; si même le pénis tenait encore par une partie de la circonférence de l'urèthre, comme dans un cas rapporté par Palluci, il y aurait bien peu d'espoir de réunion. Celle-ci peut avoir lieu, au contraire, pour peu que l'organe tienne encore par une notable portion. On aura grand soin, après avoir lié les artères superficielles qui donneraient du sang, de placer à demeure dans l'urèthre une sonde de gomme élastique d'un gros calibre, puis on réunira par des bandelettes agglutinatives, recouvertes d'une bande roulée. Il me paraît inutile de chercher à lier les artères du corps caverneux, car outre que cette ligature est assez difficile, la coaptation des deux bouts suffira pour arrêter l'hémorrhagie qu'elles pourraient fournir.

Pendant la cicatrisation, on a à combattre une complication fâcheuse, et qui arrive malheureusement presque toujours, les érections : elles s'opposent beaucoup à la réunion, et comme la coaptation a nécessité une certaine compression de l'organe, il en résulte du gonflement, de l'inflammation, quelquefois une gangrène et surtout un arrêt de la cicatrisation. On devra donc s'efforcer de les prévenir en écartant tout sujet qui pourrait y donner lieu, et aussi par l'administration de pilules composées de camphre et d'opium. Enfin, lorsque la réunion a pu être obtenue, il reste encore fréquemment un accident fâcheux, et qui gêne l'usage du membre viril. Cet organe, au lieu de conserver sa forme et sa direction, est courbé du côté de la cicatrice; et, de plus, si celle-ci est un peu considérable, si, surtout, il y a eu perte de substance, l'un des corps caverneux étant plus court que l'autre, l'érection se fait inégalement, et le pénis, ainsi dévié, n'a plus les dispositions convenables pour accomplir avec fruit l'acte de la copulation. Le chirurgien devra, par conséquent, surveiller bien attentivement la réunion dont il s'agit.

Inflammation et gangrène. — L'inflammation de la verge accompagne, à un degré variable, les plaies de cet organe. Quelquefois elle se montre sous forme érysipélateuse, et alors, ordinairement, elle résulte de l'extension sur le pénis d'un érysipèle des bourses, de la partie supérieure des cuisses, ou de la paroi abdominale. A cet état, elle s'étend rapidement à

toute la peau du pénis, qui se gonfle, se boursoufle; et la terminaison peut être, par ordre de fréquence, la résolution, la suppuration en quelques points limités, ou bien la gangrène. Si de petits abcès se forment, on les ouvrira; pour la gangrène, on laissera se détacher les lambeaux, et, afin de hâter la résolution, si l'érysipèle est encore dans son état aigu, on prescrira des fomentations émollientes, des bains locaux et généraux. D'ailleurs, on traitera aussi par les moyens appropriés l'érysipèle des parties voisines qui aurait donné lieu à celui-ci. Quelquefois on a vu les piqûres de sangsues, qui avaient été appliquées sur la verge pour combattre une blennorrhagie, s'enflammer, s'ulcérer, et même donner lieu à de petits abcès.

Lorsqu'un malade affecté de blennorrhagie aiguë est pris d'une fièvre typhoïde, l'irritation, d'abord bornée à l'intérieur de l'urèthre, peut se communiquer à toute la verge, et celle-ci s'enflammer à un degré très considérable. Boyer rapporte trois cas de ce genre qui sont remarquables. Il paraît certain que la fièvre maligne à laquelle les individus étaient en proie a été la cause déterminante de cette violente inflammation du pénis, qui, chez tous les trois, fut atteint de gangrène. Chez l'un, il y eut sphacèle seulement du prépuce; mais chez un autre, le gland et une partie du corps caverneux, et chez le troisième, la verge entière, furent gangrenés, et tombèrent en lambeaux. Forestus cite aussi l'exemple d'une gangrène de la totalité du pénis, lequel se trouva détaché dans un cataplasme qu'on avait appliqué sur la partie. On pourrait douter, au premier abord, qu'ici ce fut réellement la verge, et non plutôt et seulement le prépuce fortement gonflé ou bien le gland qui eussent ainsi été détruits, mais l'observation précédente de Boyer autorise à croire que la verge entière a pu réellement ainsi se détacher. Outre ces cas de gangrène qui sont les plus rares, il en est d'autres qu'on voit survenir après l'étranglement produit par un corps étranger.

La gangrène une fois déclarée, il faut, autant que possible, la limiter en diminuant l'inflammation, ou en appliquant des antiseptiques; et ensuite attendre la chute des eschares. On aurait tort de vouloir pratiquer l'amputation de la partie que l'on croit sphacélée avant la séparation des parties mortes, car c'est seulement alors qu'on connaît bien la véritable étendue

de la gangrène : c'est seulement alors aussi qu'il est permis d'amputer une partie du moignon pour régulariser la plaie. Une fois l'on fut obligé de retrancher un bout de verge, qui avait été dénudé de ses tégumens, à la suite d'eschares détachées, afin de faire cesser de vives douleurs occasionnées par le contact de l'urine et les pansemens. Quant aux soins relatifs à l'urèthre dans le pansement de ces sortes de plaies, il est le même que celui qu'il faut faire après l'amputation de la verge, et nous y reviendrons.

Tumeurs de la verge. — Il ne s'agit pas ici des tumeurs vénériennes, comme les végétations, les poireaux.

A. On peut rencontrer sous la peau, ou dans son épaisseur, des tumeurs sébacées, lipomateuses, ou des tumeurs hématiques superficielles. On videra les premières, en ouvrant le goulot du follicule sébacé, et on pourra enlever les autres par une incision superficielle.

B. *Nœuds ou ganglions des corps caverneux.* — On nomme ainsi des tumeurs qui paraissent siéger dans les corps caverneux ou à leur surface. Quelquefois solitaires, quelquefois multiples et disposées en une chaîne ou chapelet, elles peuvent occuper tous les points de la longueur du pénis. On ignore au juste comment elles se produisent : le plus souvent elles ont lieu chez des individus d'un certain âge, et qui ont abusé du coït, en sorte qu'il est permis de croire, ainsi que nous l'avons déjà indiqué précédemment, que plusieurs au moins n'étaient au début qu'un petit épanchement de sang, sorti du tissu caverneux à travers une déchirure de l'enveloppe fibreuse. Indolentes dans l'état ordinaire, fixes et non mobiles sous la peau, elles semblent faire corps avec le pénis. Elles augmentent peu de volume, et restent long-temps stationnaires. Leur surface est dure, et la pression y détermine une légère douleur qui est surtout prononcée lorsque la verge est en érection.

Une gêne mécanique au phénomène de l'érection, et, par suite, à l'émission du sperme, est presque le seul inconvénient que présentent ces tumeurs. Lorsque le sang arrive dans les corps caverneux, le point où se trouve la tumeur ne se laissant pas distendre, la verge est tiraillée de ce côté, vers lequel elle décrit une courbure, et la courbure sera à droite, si c'est de ce côté qu'existe le nœud ou ganglion, ou en bas ou en haut, suivant la position de la tumeur. Si les deux corps caverneux

sont affectés, la direction du membre viril pendant l'érection pourra être bizarre et fort irrégulière. L'éjaculation est d'autant plus gênée, que les nodosités sont plus volumineuses. Le sperme, au lieu d'être projeté, coule en bavant, et quelquefois ne sort que lorsqu'une diminution de l'érection a rendu moins inégal le développement des deux corps caverneux.

Le meilleur traitement est dans l'emploi long-temps continué des fondans et des résolutifs. On a pu obtenir une diminution dans le volume de ces tumeurs par l'usage de frictions mercurielles, et des douches principalement d'eaux minérales ont plusieurs fois produit le même résultat. La Peyronie comptait surtout sur les douches d'eau de Barèges.

Si tous les moyens mis en usage étaient insuffisans, faudrait-il essayer d'enlever ces tumeurs par une opération? Le seul motif qui pourrait y conduire serait une stérilité complète pour le malade. Dans tout autre cas, il serait peut-être imprudent de tenter l'extirpation, et même alors la chose serait probablement impossible, à cause de la présence de plusieurs nodosités.

C. *Tumeurs variées.* — Je range ici certaines tuméfactions qui ont été observées en petit nombre à la verge. Le fourreau de cet organe, renfermant une assez grande quantité de tissu cellulaire, peut subir une hypertrophie considérable, née ordinairement sous l'influence d'une irritation chronique, et qui revêt quelques-uns des caractères de l'éléphantiasis. Biett a vu la verge avoir quatre fois son volume naturel; chez un nègre dont l'observation est rapportée par M. Ogier, de Charlestown, elle présentait huit pouces de longueur et trois d'épaisseur près du pubis. L'affection des tégumens du pénis peut quelquefois s'étendre au scrotum, ou bien, au contraire, commencer par celui-ci pour gagner secondairement le premier point. Dans un cas d'éléphantiasis des bourses, publié par Delpech, le mal avait débuté par le prépuce, mais bientôt la maladie du scrotum masqua la première, et, dans la tumeur qui descendait jusqu'au-dessus du mollet, on ne distinguait plus du tout la verge (*Journal des progrès*, t. XIII, p. 243). D'autres observateurs ont aussi rapporté des exemples remarquables d'éléphantiasis qui s'étendait à la fois aux bourses et au pénis : de ce nombre sont MM. Larrey, Caffort, Clot et Velpeau. Mais la description de ces tumeurs appartient plutôt à

l'histoire des maladies du scrotum. Déjà Dionis avait communiqué à ses auditeurs la relation d'une tumeur semblable qui fut observée par le père Mazeret sur un malabou de Pondichéry, en 1710 (*Operat.*, 5e édition, p. 372).

Je n'ai rien à dire du traitement médical de ces tumeurs (*v.* art. ÉLÉPHANTIASIS). Si la tuméfaction est bornée au prépuce, on pratiquera l'opération du phimosis par excision (*v.* PHIMOSIS). Dans le cas où tout le fourreau de la verge serait malade, et attiré vers le scrotum lui-même affecté, on pourrait imiter la conduite de Delpech. Chez son malade, ai-je dit, la tumeur comprenait le scrotum et la peau du pénis. Bien qu'on ne vît aucune apparence du membre viril, et qu'un enfoncement profond, par où sortait l'urine, indiquât seul le prépuce et le méat urinaire, le chirurgien conçut l'espoir de conserver intacts les corps caverneux, parce que le malade éprouvait par intervalles des érections et des éjaculations. Je passe sous silence les détails de l'opération. Par une dissection fort habile, Delpech parvint à isoler les deux testicules et le pénis, enleva tous les tissus affectés, et reconstruisit avec les lambeaux de peau saine une enveloppe aux testicules et à la verge. De ces lambeaux, deux latéraux, empruntés à la partie interne des cuisses furent rapprochés au devant de la base des corps caverneux, et réunis par la suture; un troisième et moyen, dont la base tenait au pubis, fut enroulé autour du pénis, et on fit en sorte de le fixer à la verge, en passant les points de suture dans le tissu cellulaire qui la recouvrait. La réunion des trois lambeaux en arrière maintenait les testicules. Le neuvième jour on supprima tous les points de suture; et au bout de deux mois, la guérison était parfaite, le fourreau de la verge était adhérent, et la recouvrait jusqu'au gland. Quatre mois plus tard, le malade, qui menait une vie irrégulière, succomba avec un abcès au foie. D'autres détails sur de sopérations à peu près semblables, exécutées par MM. Gaetaui, Pruner, Velpeau, etc., seront donnés à l'article SCROTUM.

Si l'affection comprenait non-seulement les enveloppes du pénis, mais aussi les corps caverneux ou le gland, il n'y aurait pas d'autre parti à prendre que d'amputer la portion malade de la verge : c'est ce que fit M. Ogier. Il dit, à la vérité, avoir pu conserver le gland, qui se cicatrisa sur le moignon des corps caverneux ; mais ce résultat est assurément impossible, et on

ne comprend rien à la relation qui a été publiée en France (*Gazette méd.*, 19 novembre 1836).

Faut-il mentionner des ossifications partielles qui ont été rencontrées dans le corps du pénis ou à sa surface. Outre deux cas vus par M. Velpeau, et dont je parlerai plus loin, je trouve une observation remarquable due à Mac Clellan. Il s'agit d'un vieillard de cinquante deux ans, qui vint trouver ce chirurgien pour un vice de conformation de la verge. Celle-ci était tellement recourbée en haut que l'émission des urines était douloureuse, difficile, et l'acte de la copulation impossible. On sentait un endurcissement sur le trajet des veines dorsales du pénis : la section de cette corde, qui avait l'aspect d'un ligament, amena une diminution notable dans la courbure et une plus grande facilité à uriner. Cependant la copulation étant toujours gênée, le malade réclama de nouveau les secours du chirurgien. Mac Clellan reconnut alors une lamelle osseuse située au centre du pénis, dans la position de la cloison qui sépare les deux corps caverneux. Le moindre attouchement mettait la verge en érection, et dans cet état le membre avait encore une courbure considérable. On fit une incision longitudinale dans toute la longueur du pénis, à sa face supérieure, et la lame osseuse fut séparée de chaque côté, jusqu'au bas de la partie spongieuse de l'urèthre : une hémorrhagie abondante fut arrêtée par l'eau froide et des éponges : on réunit la peau à l'aide de deux points de suture. L'auteur ajoute que la courbure de pénis en haut disparut, et qu'il resta une légère inflexion dans le sens opposé (Extrait de *The philos. journ. of med. and surgery.*, novembre 1827, *Journ. des progrès*, t. IX, p. 243). Malgré ce prétendu succès, je doute que l'on veuille pratiquer une telle opération.

Cancer du pénis. — Le cancer du pénis débute presque toujours par le prépuce ou par le gland. D'abord c'est un petit tubercule, sous forme de poireau, situé sur une des faces du gland ou à sa base, dur, indolent, et auquel le malade ne fait pas attention. Sans acquérir encore de volume, ce tubercule devient douloureux, ou bien à cause de l'application de médicamens qui l'ont irrité, ou bien par le simple frottement du prépuce; et le malade s'en aperçoit principalement dans le coït; mais, après un temps plus ou moins long, il grossit, s'ulcère, saigne au moindre contact, et laisse écouler une sanie

fétide et ichoreuse comme le font tous les autres cancers ulcérés. Tantôt c'est l'ulcération surtout qui fait des progrès, et envahit le gland entier et le corps caverneux; d'autres fois la tumeur elle-même s'étend à l'une et à l'autre de ces parties qui se gonflent, s'engorgent, se durcissent, et ce n'est que secondairement qu'on y voit naître un ulcère, qui, du reste, se comporte comme dans le premier cas, c'est-à-dire qui tend à faire des progrès sur toute la portion saillante du pénis. En général, cette extension est lente, et met un temps considérable à gagner la racine des corps caverneux. En même temps que le cancer se développe ainsi, les tégumens de la verge s'indurent, se tuméfient, et forment des bourrelets à toute la base de la tumeur et de l'ulcération.

Outre cette double variété du cancer, qui débute par le corps de la verge, il en est une autre qui commence par ses enveloppes, et qui, le plus souvent, se montre d'abord au prépuce. Cette variété, lorsqu'elle a son premier siége au prépuce, peut se porter ensuite sur le gland; mais il n'est pas rare de la voir à peu près bornée aux enveloppes du pénis, et alors le gland et les corps caverneux enfoncés et déprimés au milieu des parties malades peuvent paraître compris dans la tumeur, quoiqu'en réalité ils y soient étrangers et seulement masqués par elle. Cette dernière circonstance ne doit pas être oubliée du chirurgien. Plus d'une fois on s'est cru obligé, pour de semblables tumeurs, à amputer le pénis lui-même, lorsque, pendant l'opération, on a reconnu son intégrité et la possibilité de le laisser intact; et, en d'autres cas, on a pu croire à une reproduction du membre viril qui se montrait au fond de la plaie, derrière les parties molles extérieures enlevées par le chirugien, ou détachées par la gangrène. Nous aurons occasion de revenir plus loin sur ces particularités.

Quant aux causes du cancer du pénis, il faut reconnaître qu'on les ignore en ce qu'elles ont d'essentiel, mais l'observation a démontré certaines influences occasionnelles qui facilitent la production de cette maladie. Ainsi, tout ce qui aura pour effet de déterminer une irritation habituelle sur le gland ou sur le prépuce pourra donner lieu au cancer de ces parties. Il y a déjà long-temps que M. Key a fait voir la fréquence du cancer de la verge chez les individus affectés d'un phimosis naturel ou accidentel et permanent; et les observations de

M. Roux ont confirmé cette remarque (*Relation d'un voyage à Londres*), que, d'ailleurs, beaucoup d'autres personnes sont à même de vérifier. C'est une cause semblable qui avait agi chez un homme dont l'histoire est consignée dans un mémoire de M. Marx (*Répert. d'anatom. et de cliniq. chirurg.*, t. IV, p. 114). Ce malade, qui avait été infibulé par une femme, porta pendant quatre ou cinq ans un ou deux petits cadenas d'or passés dans le prépuce, et lorsqu'il se présenta à Dupuytren, il avait le prépuce considérablement tuméfié, dur et ulcéré, ce qui aurait amené plus tard, dit l'auteur, un cancer de la verge.

Le phimosis peut encore amener la dégénérescence de ces parties en permettant aux matières sébacées de s'accumuler, et de séjourner autour du gland; et à plus forte raison le phimosis lardacé et éléphantiasique peut également donner lieu à la dégénérescence.

Le cancer de la verge n'est pas toujours facile à reconnaître lorsqu'il est encore peu avancé; soit à l'état de simple tubercule, soit sous forme d'un petit ulcère, il peut être confondu avec une affection vénérienne. Malheureusement l'histoire des antécédens du malade ne suffira pas pour lever tous les doutes, car il n'est pas rare de voir le cancer chez des individus atteints de syphilis : l'état de la surface de l'ulcère, de ses bords, et de sa base, seront à peu près les mêmes dans les deux cas. Une douleur vive et lancinante, les progrès de l'ulcération, devront faire pencher vers l'affection cancéreuse. En tout cas, il n'y a aucun inconvénient à essayer d'abord un traitement antisyphilitique, lequel servira de pierre de touche. Si la maladie cancéreuse est avancée, le diagnostic sera plus facile.

La marche est lente ordinairement, avons-nous dit; cependant, à la longue le pénis est envahi et rongé de plus en plus: on voit même survenir un engorgment des ganglions de l'aine des deux côtés, ou d'un côté seulement; et si le malade est abandonné à lui-même, il finit par succomber avec les signes de la cachexie cancéreuse. Toutefois, ce dernier résultat arrive beaucoup moins tôt que pour le cancer des autres régions. Que cela tienne à ce que le cancer du pénis est le plus souvent causé par une irritation accidentelle, ainsi que nous l'avons dit, ou à toute autre cause, il est certain qu'il paraît être

plus bénin que celui de la plupart des autres organes ; et cette particularité de son histoire est de nature à expliquer la proportion moindre des récidives qui surviennent après l'ablation de la maladie. Peut-être aussi faut-il en trouver la raison dans la difficulté de reconnaître le véritable cancer du pénis, et en ce qu'on a plusieurs fois enlevé comme cancéreuses des affections de cet organe qui ne l'étaient pas.

Parmi les accidens qui peuvent accompagner le cancer de la verge, il faut mentionner encore la rétention d'urine. L'urèthre peut être déprimé et aplati par la tumeur. Si celle-ci surtout existe sur le gland, le méat urinaire est quelquefois rétréci au point de ne permettre au malade de rendre les urines que goutte à goutte, et avec de grands efforts. On a vu un individu chez lequel la vessie, très distendue, remontait jusqu'au niveau de l'ombilic ; et l'amputation ayant été faite pour le cancer, un jet d'urine s'échappa aussitôt que l'urèthre fut coupé, et la tumeur du ventre disparut (Boyer).

Le traitement du cancer du pénis est entièrement chirurgical. Il faut amputer de l'organe toute la partie dégénérée.

Amputation de la verge. — Au lieu de placer ce chapitre à la suite du traitement d'une des maladies précédentes, il vaut mieux le traiter à part, attendu que les amputations du pénis devront être pratiquées pour plusieurs affections différentes, et que, d'ailleurs, les règles à donner pour ces divers cas sont à peu près les mêmes. Je ne reviens pas ici sur les indications de l'opération. On a vu qu'elle est indiquée pour la gangrène et pour le cancer du pénis, pour l'éléphantiasis du prépuce ou du fourreau de la verge, et aussi peut-être pour certaines tumeurs sanguines ou anévrysmatiques des corps caverneux qui tendraient à faire des progrès. Dans tous les cas, il faudra n'enlever de l'organe que la partie malade : par conséquent, si le cancer affecte seulement le gland, ou un des corps caverneux, ou le prépuce ou l'enveloppe cutanée, on fera en sorte de ménager l'autre corps caverneux ou tous les deux, ou enfin le pénis entier, si ce sont seulement les enveloppes qui sont malades. On est convenu de nommer amputation *partielle* celle dans laquelle on emporte seulement le gland ou un des corps caverneux, et, à plus forte raison, le prépuce ou le fourreau de la verge; et on donne le nom d'amputation *totale* à celle qui attaque le pénis dans toute son

épaisseur, quoique cependant on n'aille jamais jusqu'à enlever les deux corps caverneux jusqu'à leurs racines.

Pourrait-on substituer la ligature à l'amputation partielle ou totale du pénis? Pour préférer la ligature, on ne peut invoquer que deux motifs : ou le désir de diminuer la douleur de l'opération, ou celui de rendre l'hémorrhagie moins considérable. Sur le premier point, l'intention est à peu près illusoire, car la section des tégumens par la ligature sera aussi douloureuse que celle que l'on ferait avec le bistouri; et si, comme le conseille Sabatier, on appliquait la ligature dans une incision circulaire faite préalablement à la peau, on aurait ainsi perdu l'avantage sur lequel se fondent les malades pusillanimes. Quant à la crainte que l'on pourrait avoir d'une hémorrhagie difficile à arrêter après la section des corps caverneux à l'aide de l'instrument tranchant, elle ne saurait arrêter sérieusement un opérateur un peu habile. C'est donc à tort que l'on chercherait à imiter la conduite tenue par Ruysch dans un cas de cancer de la verge (*Opera omnia*, t. I, obs. XXX). Ce chirurgien serra très fortement le pénis avec un fil placé en arrière de la tumeur, et le lendemain en appliqua un second pour hâter la mortification : celle-ci fut achevée le cinquième jour, et alors seulement on retrancha la partie avec un instrument. Quoique quelques praticiens modernes se soient comportés de la même manière, Graeffe et M. Binet, nous pensons que cette conduite ne doit être suivie que pour des cas exceptionnels. On a tort, au reste, de citer Bertrandi comme étant favorable à la ligature : il la préfère, en effet, mais uniquement pour des cas de gangrène de la verge, et non pour ceux où elle est affectée de cancer (*Traité des opérat.*, p. 202).

Lorsqu'on ampute la verge pour une gangrène, il n'est pas besoin de couper au delà des parties mortes; il suffit de tomber là où s'arrête la mortification. Pour un cancer, on devra nécessairement aller au delà du mal, mais en ayant soin de conserver de l'organe le plus possible. Il faudra se bien assurer à l'avance jusqu'où va la dégénérescence. Si la maladie a débuté par le prépuce ou par les tégumens du pénis, il est convenable de fendre la tumeur dans sa longueur, afin de voir à l'avance si le gland ou les corps caverneux ont pris part à l'affection. S'ils y sont étrangers, on renverse les deux côtés de la tumeur, et on la dissèque en ménageant les parties pro-

fondes. Cette précaution, recommandée par M. Lisfranc, est d'autant plus avantageuse que, ainsi que nous l'avons dit, il n'est pas très rare de rencontrer, derrière une masse volumineuse de parties dégénérées, le pénis proprement dit complétement intact; et alors il serait impardonnable d'avoir porté transversalement un bistouri qui pourrait atteindre les corps caverneux.

Il peut être besoin de couper la verge immédiatement en arrière du gland, à la partie moyenne de l'organe, ou au devant des pubis. On parle aussi d'amputations latérales qui n'atteindraient qu'un des corps caverneux.

Les instrumens nécessaires seront un bistouri droit un peu long, une pince à ligature, des fils cirés, une sonde de gomme élastique, et les accessoires ordinaires pour éponger ou arrêter le sang. On aura rarement besoin du cautère actuel; des poudres astringentes seront quelquefois utiles. Le pénis ayant été rasé, le malade sera couché horizontalement et à plat sur un lit, et le chirurgien se placera au côté droit. Contrairement aux écrivains qui l'avaient précédé, Boyer recommande de ne pas faire uriner le patient, afin, dit il, que la sonde, qui doit être placée dans la vessie après l'opération, n'irrite point les parois de la poche urinaire. Il n'y a aucun grand inconvénient ou avantage à l'une ou à l'autre de ces pratiques.

La laxité du tissu cellulaire interposé entre la peau et la tunique fibreuse, la facilité, par conséquent, avec laquelle les tégumens glissent sur le pénis, nécessitent certaines précautions dans la manière de couper la peau. Si celle-ci est trop attirée vers le gland par la main de l'aide ou du chirurgien, après la section le moignon sera découvert, et même si l'amputation est faite près du pubis, une partie de la peau des bourses pourra être emportée; d'autre part, la rétraction exagérée vers la racine de la verge donnera, après l'opération, une manchette, qui, dépassant de beaucoup la plaie du pénis, aura le triple inconvénient de recouvrir et de masquer l'orifice de l'urèthre coupé, de rendre la recherche des artères caverneuses difficile pour en faire la ligature, et aussi de gêner la cicatrisation. Boyer, après Ledran, paraît surtout avoir insisté sur le désavantage de cette dernière conduite: il dit que, contrairement au précepte applicable aux autres amputations, il

faut ici retrancher plus de peau que de corps caverneux. Il se fonde surtout sur ce que les corps caverneux coupés se rétractent dans leur fourreau, tandis que la peau peut toujours se prêter et s'allonger. Cette remarque a sa justesse; mais il ne faut pas oublier qu'un léger excès de peau a moins d'inconvénient que le défaut contraire, et surtout que le pénis s'allongeant beaucoup pendant l'érection, il faut avoir assez de tégument pour le recouvrir dans cet état pendant toute la durée de la cicatrisation, car les érections surviennent assez fréquemment avant la fin de la cure. La condition la meilleure est donc d'avoir une quantité de peau suffisante, et c'est au chirurgien à le déterminer d'après la laxité des tégumens dans le cas actuellement soumis à son observation. Il est probable, au reste, que la crainte d'avoir une dénudation du moignon a été un peu exagérée par l'habitude des opérations sur le cadavre. Dans les cas de cancers du pénis, le fourreau de l'organe est souvent dans un état d'engorgement tel, que sa rétractilité est en grande partie diminuée. Ce sera surtout pour les amputations au voisinage du pubis qu'il faudra y avoir égard, parce qu'alors une partie de la peau des bourses a pu être transportée sur la verge.

Ainsi donc le chirurgien, enveloppant avec un linge la portion du pénis qui devra être enlevée, la saisira avec la main gauche, en tirant légèrement la peau vers le gland, tandis qu'un aide, saisissant la verge près de sa racine, attirera aussi un peu la peau contre le pubis. La peau étant de cette manière maintenue fixe à une hauteur convenable, l'opérateur, de la main droite, coupera d'un seul coup et perpendiculairement le tégument, les corps caverneux et l'urèthre, en commençant par le dos de la verge. Cette section est ordinairement rapide et facile. On peut cependant rencontrer des obstacles. Si, par exemple, il y avait cancer sur un pénis affecté en même temps d'une ossification de la veine dorsale de ce corps, ou bien d'une ossification de la cloison fibreuse placée entre les deux corps caverneux, double circonstance rencontrée sur le malade de M. Mac Clelan, et dont la dernière a aussi été vue par M. Velpeau, le bistouri éprouverait un obstacle difficile à surmonter : faudrait-il alors, si la complication pouvait être connue à l'avance, renoncer à l'opération? M. Velpeau s'y est refusé chez son malade, «et chez un autre dont le pubis

envoyait un prolongement osseux long de quinze lignes dans le côté gauche de la verge» (*Méd. opérat.*, t. IV, p. 337).

Ensuite on liera les vaisseaux. Du sang est fourni par les deux artères dorsales du pénis, les deux caverneuses; et si la verge a été coupée près du pubis, par des rameaux des deux artères superficielles du périuée. Les deux premières seront liées facilement, en général; et le plus souvent aussi il en sera de même des deux caverneuses qui proéminent à la surface du moignon. Une compression légère suffira pour arrêter l'écoulement veineux fourni par le tissu érectile. C'est donc à tort qu'on a pu craindre une hémorrhagie rebelle dans l'amputation de la verge, et on ne devrait avoir recours au cautère actuel, autrefois employé par Scultet, qu'en désespoir de cause, et après avoir essayé infructueusement la ligature. La torsion pourrait être faite sur les deux artères dorsales du pénis; mais ici elle n'offre aucun grand avautage.

La méthode d'amputation que nous venons de décrire est la plus simple, et celle aussi qui mérite presque toujours la préférence. Nous devons faire connaître cependant divers procédés qui ont été proposés et mis en usage.

1° Pour les cas où on est obligé de couper la verge près du pubis, si la peau est peu mobile sur les corps caverneux, Boyer conseille d'inciser cette membrane circulairement, et dans un premier temps, à trois ou quatre lignes au-dessus de l'endroit où l'on veut amputer la verge, et de couper ensuite le corps caverneux et l'urèthre après avoir fait retirer la peau en arrière. Cette manière de faire n'allonge pas considérablement l'opération, et, comme le dit M. Velpeau, on pourrait l'appliquer en général.

2° Pour les mêmes cas, et dans un autre but, M. Schrœger veut que l'on pratique plusieurs incisions, ou plutôt une incision partagée en plusieurs temps. L'on divise d'abord la peau sur le dos du pénis, et on lie aussitôt les artères dorsales; reportant le bistouri dans la plaie, on divise les corps caverneux jusqu'à l'urèthre, et on lie les artères caverneuses; enfin on achève en coupant l'urèthre et la peau qui reste à la partie inférieure (*Traité de chirurgie* de Chelius, t. II, p. 378, édit. franç.). L'avantage que l'auteur voit à ce procédé est de mettre en garde contre l'hémorrhagie. Ce que nous avons dit plus haut indique suffisamment que ce motif est peu fondé, et, d'ailleurs,

en agissant ainsi, l'opération est beaucoup plus longue, et on risque de faire une section sinueuse et inégale.

3° Afin d'empêcher le moignon de se rétracter en arrière immédiatement après la section, M. Langenbeck propose de passer une anse de fil dans la cloison fibreuse avant de diviser la partie inférieure des corps caverneux et l'urèthre : on maintient ainsi le moignon saillant, et il peut être plus facile d'y saisir les artères, et de trouver l'orifice du conduit urinaire. Ce procédé ne devrait être mis en usage que s'il fallait aller couper le pénis jusque sous l'arcade pubienne, ainsi que l'a fait M. Hall.

4° La difficulté de retrouver parfois l'orifice de l'urèthre coupé a donné lieu au procédé de M. Barthélemy : il consiste à placer, avant l'opération, une canule de gomme élastique dans la vessie, et à couper le pénis sur cet instrument. Il est vrai que les deux parois de l'urèthre tendent à s'appliquer l'une contre l'autre après qu'il a été divisé, qu'en outre, la manchette de peau qui dépasse légèrement les corps caverneux, peut, jusqu'à un certain point, masquer l'orifice du canal. Mais, néanmoins, il est difficile de concevoir comment cet orifice peut échapper à une recherche attentive; quelquefois même un jet d'urine l'indique à l'opérateur. D'ailleurs, la section de la sonde, avec le pénis, offre une certaine difficulté qui peut arrêter un instant le bistouri, et, en outre, au lieu d'être chassé spontanément par la vessie hors du canal, le bout laissé dans l'urèthre ne pourrait-il pas rester dans la poche urinaire? Cette dernière crainte a surtout contribué à faire éloigner le procédé de M. Barthélemy. Après les objections nous devons donner ici les raisons qui sont en faveur de ce mode opératoire. Il fut imaginé à l'occasion d'un fait qui se passa à l'hôpital de Strasbourg, dans le service de Béclard. A la suite d'une amputation de la verge, on ne put introduire une sonde dans la vessie; on compta sur la sortie spontanée de l'urine, mais il y eut rétention de ce liquide; on fut obligé de pratiquer une ponction au périnée pour vider la vessie, puis une boutonnière à l'urèthre. Une variole confluente survint qui fit périr le malade. L'urèthre était oblitéré sur le moignon du pénis. Depuis la publication de son Mémoire, M. Barthélemy a rapporté (*Gaz. méd.*, 1839, p. 731) que chez un malade opéré par M. Gimelle, et qui mourut d'une infil-

tration urineuse, le chirurgien ne put parvenir à placer une sonde dans la vessie, immédiatement après l'amputation; que chez un autre malade, vu à l'hôpital de Bordeaux, par M. Miramont, on fut un quart-d'heure avant de retrouver l'orifice de l'urèthre; que M. Bury a vu la même difficulté pour un autre malade, à l'hôpital d'Angers; il ajoute que, si l'on a soin de choisir une sonde très élastique, et d'arc-bouter son extrémité contre la paroi postérieure de la vessie, le bout vésical de l'instrument est chassé aussitôt après la section, ce qui éloigne toute crainte de le voir rester dans la poche urinaire; et, en preuve, il cite quatre opérations faites avec succès par sa méthode, une par M. Bedor, deux par M. Guersant fils, et une autre, publiée dans un journal de Metz.

De tout cela il me semble que la modification proposée comme méthode générale, par M. Barthélemy, n'est pas applicable à tous les cas, car on ne saurait introduire préalablement une sonde, lorsque la tumeur a enlever déforme et comprime le canal; mais elle n'est peut-être pas à rejeter complétement de la pratique.

Une fois l'hémorrhagie arrêtée par la ligature de toutes les artères, on doit, avant de panser la plaie, introduire une sonde dans la vessie. Cette conduite a pour but de maintenir libre le nouvel orifice de l'urèthre en forçant sa petite circonférence à se cicatriser indépendamment du reste de la plaie. Des chirurgiens ont pensé que ce canal étant tapissé à l'intérieur par une membrane muqueuse, ses lèvres ne pouvaient s'agglutiner de manière à fermer l'orifice, et que si même il y avait tendance à ce résultat, la sortie de l'urine contenue dans la vessie s'opposerait à la cicatrisation; en conséquence, pour eux, la sonde est inutile. Quelques faits sont à l'appui de cette opinion : ainsi M. Velpeau a vu l'urèthre rester libre chez un vieillard indocile amputé de la verge, et qui ne voulut supporter ni la sonde ni aucun appareil de pansement. De tels faits sont rassurants, sans doute, mais il en est d'autres qui sont tout opposés.

Déjà Bertrandi nous apprend que Nannoni fut obligé de faire une dilatation à un urèthre qui s'était considérablement rétréci, parce qu'on avait négligé d'y introduire une bougie (*Traité des opérat.*, p. 203). Plus récemment, M. Barthélemy a cité à l'Académie de médecine l'observation d'un cheval chez

lequel, après l'amputation de la verge, il y eut rétention d'urine par suite de l'oblitération du canal (*Arch. génér. de méd.*, t. x, p. 318); en sorte que manifestement, il peut résulter un grave inconvénient de la négligence du précepte généralement suivi. Si, d'ailleurs, l'on redoutait les effets d'une sonde placée à demeure dans la vessie, au moins faudrait-il l'y maintenir pendant les premiers jours qui suivent l'opération, et ensuite l'introduire encore de temps en temps. On a proposé de remplacer la sonde par la suture de la muqueuse de l'urèthre à la peau (Velpeau, *Méd. opérat.*, t. IV, p. 340); mais ce moyen serait peut-être moins sûr que le premier, qui, en outre, offre sur lui un autre avantage, celui de conduire l'urine loin du moignon de la verge, et, par conséquent, d'empêcher ce liquide, en bavant sur la plaie, d'irriter celle-ci, et d'en retarder la cicatrisation. Tous ces motifs sont suffisans pour préférer l'emploi de la sonde.

Cet instrument ayant donc été placé, on arrêtera le sang veineux qui pourrait encore être fourni par le tissu spongieux de la verge, au moyen de compresses d'eau froide, ou bien on en confiera le soin à la compression du bandage que le chirurgien doit maintenant appliquer. On commence par fixer la sonde avec ses liens ordinaires, on pose sur la plaie saignante un linge enduit de cérat taillé en croix de Malte, et percé d'un trou pour laisser passer la sonde; on couvre le linge d'un peu de charpie, et on place par-dessus des compresses étroites et longues, fixées elles-mêmes par une bande roulée dont les chefs entourent le bassin; ou bien, au lieu de cette bande roulée, on maintient la charpie et les compresses au moyen d'un bandage en T. La plaie sera pansée de nouveau le troisième jour, et ensuite comme toutes les plaies qui suppurent. La guérison sera ordinairement prompte.

Il se présente assez rarement des complications pendant la cure. S'il survenait une violente inflammation, une ischurie, on enlèverait momentanément la sonde, et on traiterait ces accidens par les moyens appropriés.

Lorsque le gland seulement a été emporté, les malades urinent assez bien. Mais si le pénis a été enlevé jusqu'à peu de distance des pubis, ils ne peuvent plus lancer au loin leur urine, et de là la nécessité pour eux, suivant la remarque d'A. Paré, de s'accroupir comme les femmes pour uriner. Alors

le contact du liquide peut irriter le moignon de la verge et la peau des cuisses, et pour prévenir cet inconvénient, il faut adapter un instrument propre à diriger le jet de l'urine. Le même A. Paré a imaginé à cet effet une canule en buis ou en métal, dont la partie la plus large s'adapte sur le pubis.

Long-temps après la cicatrisation l'urèthre peut encore se fermer. M. Roux a vu, trois ans et demi après l'amputation, ce canal s'oblitérer par la coarctation d'une légère portion de peau qui recouvrait le moignon à la manière d'un prépuce. Il en résulta une rétention d'urine. On conçoit que l'exubérance de la peau au devant du moignon est une cause qui facilitera cette complication secondaire. Pour la prévenir, il serait peut-être avantageux, ainsi que le recommande M. Smyly (*Gaz. méd.*, 25 juillet 1840), de réunir la muqueuse du canal avec la peau, tout en maintenant une sonde dans la vessie.

Bien que assez rarement, la récidive du cancer a été observée à la verge, M. Hall fut obligé de pratiquer trois fois l'amputation chez le même malade. Quelques individus, quoique âgés, sont tombés dans une mélancolie profonde après l'opération. Chelius a vu «mourir de chagrin un jeune homme chez lequel l'amputation de la verge avait parfaitement réussi.»

A. Bérard.

PENSEE SAUVAGE (*Viola arvensis*, L. Rich., *Bot. méd.*, t. II, p. 748). — Petite plante annuelle, très commune dans les champs cultivés et dans les jardins, appartenant au même genre que la violette, et par conséquent faisant partie de la famille des violariées et de la pentandrie monogynie. Sa tige, haute de six à huit pouces, est dressée et glabre, anguleuse, un peu rameuse vers sa partie supérieure; et ses feuilles alternes, pétiolées, sont ovales obtuses, crénelées et munies à leur base de deux stipules pinnatifides foliacées et persistantes. Les fleurs sont petites, axillaires, longuement pédonculées, d'un jaune mêlé de violet. Les fruits sont de petites capsules globuleuses, recouvertes par le calice et s'ouvrant naturellement en cinq valves.

Toutes les parties de la pensée sauvage ont une odeur herbacée et une saveur amère et désagréable. Donnée à faible dose, telle que celle d'une dizaine de grains de sa poudre, cette plante agit comme tonique; mais si la dose est sensible-

ment augmentée, tantôt elle provoque le vomissement, tantôt elle étend son action irritante sur toute la longueur du tube digestif, et donne lieu à des évacuations alvines plus ou moins abondantes. La pensée sauvage est généralement considérée comme un de ces remèdes auxquels on donne le nom de *dépuratifs*. Les anciens avaient une grande confiance dans la pensée sauvage pour le traitement des maladies chroniques de la peau, telles que les dartres, la teigne, etc. Cependant les modernes ne partagent pas entièrement cette opinion, et le professeur Alibert a vainement employé ce médicament: il n'en a presque jamais retiré d'effets avantageux. Suivant Bergius, la pensée sauvage contient une grande quantité de mucilage (*Mat. med.*). M. Boullay, qui s'est assuré de ce fait, et qui n'y a trouvé aucun principe actif, la regarde comme n'ayant que des propriétés émollientes (*Mém. de l'Acad. roy. de méd.*, t. I). On l'administre soit en poudre, à la dose de 10 à 25 grains, soit, et plus souvent en décoction, à la dose d'une demi-once pour deux livres d'eau. Quelquefois on joint la pensée sauvage fraîche aux autres plantes avec lesquelles on prépare les sucs d'herbes amers et dépuratifs.

En Allemagne on se sert plus généralement de la pensée tricolore (*Viola tricolor*, L.) qui croît dans les prairies des montagnes. Elle paraît jouir absolument des mêmes propriétés que la pensée sauvage. La racine de ces deux espèces, de même que celle de toutes les autres plantes de la même famille, est émétique; mais cette propriété y est assez faible, puisqu'il faut environ un demi-gros de leur poudre pour provoquer le vomissement. A. RICHARD.

PERCUSSION. — La percussion est un mode d'exploration qui a pour but de constater la sonorité d'un point quelconque du corps humain quand on le frappe. Elle sert à faire reconnaître plusieurs conditions physiques normales ou morbides non-seulement des parties placées sous les tégumens, mais encore de celles qui sont plus profondément situées.

La percussion paraît avoir été employée, dès les premiers temps de la médecine, dans l'examen de l'abdomen. Le nom de *tympanite*, donné par les médecins grecs à la distension considérable du ventre par des gaz, ne permet point de douter qu'ils n'aient employé la percussion pour reconnaître l'aug-

mentation de sonorité de cette région; mais jusque-là l'utilité de la percussion était bien restreinte : elle se bornait à fournir un moyen de distinguer l'hydropisie et la tympanite. Aussi a-t-on généralement, et avec raison, considéré Avenbrugger comme l'inventeur de ce moyen d'exploration, que, le premier, il a appliqué à l'étude des maladies de la poitrine. Depuis la publication de l'ouvrage d'Avenbrugger, en 1768, et surtout depuis que notre célèbre Corvisart en a donné une traduction française (1808), la percussion est devenue l'un des moyens de diagnostic les plus usités et les plus utiles : elle a de jour en jour acquis une importance plus grande, soit parce qu'elle a été étudiée avec plus de soin et appliquée à un plus grand nombre de maladies, soit parce que la découverte de l'auscultation a permis de mieux fixer la valeur des signes fournis par la percussion. Enfin, par les travaux récens de plusieurs médecins, et, en particulier du professeur Piorry, la percussion appliquée à l'étude des maladies abdominales a fourni au diagnostic une nouvelle série de signes très utiles.

Manière de percuter. — Pour pratiquer la percussion, il est plusieurs règles importantes à observer.

Le médecin doit choisir d'abord une position convenable : il peut se placer indistinctement à droite ou à gauche du malade pour la percussion de l'abdomen; pour celle du thorax, il doit se placer de telle sorte que les doigts de la main la plus exercée, et c'est presque toujours la droite, puissent facilement frapper sous un angle droit et avec la même force les différens points que l'on explore. Si les résultats laissaient quelques doutes, on devrait percuter en se plaçant alternativement à droite et à gauche.

La percussion peut être pratiquée de deux manières. Tantôt elle est *immédiate*, et consiste à frapper directement les parties que l'on veut examiner. Dans ce cas, on percute, soit avec l'extrémité des quatre doigts réunis sur une même ligne, soit avec la région palmaire de la main ou avec la pulpe des doigts allongés et rapprochés les uns des autres.

Mais cette manière de procéder a plusieurs inconvéniens: elle exige l'emploi d'une assez grande force, et devient douloureuse surtout quand on la pratique sur des parties enflammées; elle est peu praticable sur les mamelles, sur des poitrines grasses, infiltrées; elle l'est encore moins sur le ventre;

dans quelques cas, elle pourrait devenir dangereuse par l'ébranlement qu'elle communique aux parties sous-jacentes. On évite ces inconvéniens en plaçant entre la main qui percute et la partie percutée un corps intermédiaire qui diminue la douleur et augmente le son. C'est ce qui constitue la *percussion médiate.*

Divers instrumens ont été imaginés dans ce but : l'un des plus employés est le *plessimètre,* qui consiste en une plaque d'ivoire, mince, arrondie, plane sur ses deux faces, et garnie, sur deux points opposés de sa circonférence, de lames verticales qui servent à la fixer. Commode pour la percussion de l'abdomen, le plessimètre est moins avantageux quand il s'agit d'explorer une poitrine amaigrie. Dans ce cas, il détermine de la douleur, s'applique mal à cause de la dépression que présentent les espaces intercostaux, et de plus la résonnance particulière de l'ivoire est elle-même une condition défavorable à la perception du bruit intérieur que l'on veut apprécier. On a cherché à remédier à ces inconvéniens par l'emploi d'une plaque de caoutchouc qui s'applique mieux, et est aussi moins douloureuse; mais l'un des doigts de la main gauche nous semble préférable. Le doigt, recouvert de parties molles et souples, cause peu de douleur; par sa flexibilité, il s'adapte parfaitement aux diverses parties du corps, et par son peu de volume, il se place aisément dans des espaces étroits et déprimés. C'est ordinairement l'index ou le médius dont on se sert, en le plaçant indistinctement dans la supination ou dans la pronation, suivant l'attitude du malade. Si l'on percute sur la face dorsale, on place ordinairement la main tout entière sur l'endroit qu'on explore, et le doigt dont on se sert doit être isolé des autres, bien tendu, et sa pulpe exactement appliquée. On ne devra exercer qu'une pression légère si l'organe qu'on examine est superficiellement placé, et si les parties sont douloureuses; la pression, au contraire, sera plus forte si l'organe est profondément situé, et si la région que l'on percute n'est le siége d'aucune douleur vive. Quant à la main qui frappe, il est bon que les mouvemens d'élévation et d'abaissement se passent uniquement dans le poignet, de manière que la partie percutée ne reçoive que le choc de la main. Avec un peu d'habitude, on obtiendra de la sorte des sons nets et suffisans; et cette manière de percuter sera moins douloureuse

que si, les mouvemens se passant dans le coude, le malade recevait à chaque coup le choc plus pesant de tout l'avant-bras.

Il convient, en général, de percuter avec un seul doigt, le médius préférablement, chez les enfans, les sujets maigres, et lorsque la région que l'on explore est très douloureuse. Dans les cas, au contraire, où l'organe est profondément situé, où les parois qui le recouvrent sont épaisses, infiltrées, chargées de graisse, il faut employer plus de force, et percuter avec deux doigts réunis, le médius et l'index, quelquefois même avec les trois premiers doigts serrés l'un contre l'autre sur une même ligne. A part ces indications spéciales, il faut s'habituer à frapper légèrement parce que cette manière est moins incommode pour le malade, parce que le choc des doigts sur la partie percutée est moins sonore, et que le retentissement intérieur est généralement plus net et plus facile à apprécier. Dans tous les cas, on doit commencer par frapper avec douceur pour ne pas surprendre désagréablement le malade; on augmente peu à peu, s'il est nécessaire, la force avec laquelle on percute, et l'on s'arrête au degré où l'on obtient les résultats les plus tranchés. Il faut aussi avoir soin de frapper perpendiculairement plusieurs coups séparés par de légers intervalles; le choc doit être bref et le doigt qui frappe relevé immédiatement.

Une règle importante à observer, dans l'examen de la poitrine en particulier, c'est de percuter comparativement les deux côtés dans des conditions exactement semblables, et à cet effet, de placer le doigt de la main gauche dans la même position, et de frapper avec l'autre avec une force égale, et alternativement dans des points correspondans à droite et à gauche, pendant le temps de l'inspiration et de l'expiration.

Souvent encore il est avantageux de commencer par explorer les parties placées à quelque distance de celles qu'on suppose être le siége du mal, l'examen des parties saines permettant de mieux apprécier les différences, quelquefois peu sensibles, survenues dans les parties malades. Il est inutile d'ajouter qu'il est besoin de silence pour que les résultats de la percussion soient facilement saisis. Indépendamment des préceptes qui indiquent la manière dont le médecin doit procéder, il est d'autres règles relatives au malade, et dont l'observation n'est pas moins importante.

Les parties auxquelles on applique la percussion doivent, autant que possible, être mises à nu, ou n'être recouvertes que d'une étoffe mince.

La position qu'il convient de donner au malade devra varier selon la partie que l'on explore.

Si c'est le *thorax*, et qu'on veuille percuter la partie antérieure, le malade pourra se tenir debout ou assis sur un tabouret, les bras pendans sur les côtés du tronc; mais dans ces positions, le corps manque d'appui, et il est préférable qu'il soit assis sur une chaise à dossier, ou couché sur un plan résistant plus ou moins horizontal, et la tête plus ou moins élevée, selon le degré de dyspnée du malade. Pour l'examen des régions sus-claviculaires, la tête sera alternativement tournée un peu du côté opposé à celui que l'on percute.

Dans l'exploration de chacune des parties latérales, le malade sera assis, et le bras appuyé sur la tête ou soutenu par un aide dans cette position. Si le malade était très faible, on le ferait coucher sur le côté opposé à celui qu'on veut examiner.

Quand on percute la région postérieure du thorax, le malade peut, dans quelques cas, rester debout, les bras croisés sur la poitrine; mais, en général, il vaut mieux qu'il soit assis, les bras portés en avant, et le dos voûté, afin d'éloigner l'omoplate du rachis, et de l'appliquer plus exactement contre les parois du thorax.

Dans quelques cas particuliers, enfin, le malade devra s'appuyer sur les coudes et les genoux, se placer, comme on dit vulgairement, à quatre pattes; lorsque, par exemple, on voudra savoir si la matité de la partie postérieure de la poitrine est susceptible de déplacemens ou de modifications, et, par conséquent, s'il existe une hépatisation du poumon ou un épanchement de liquide dans la plèvre.

Dans l'examen de l'*abdomen*, la partie antérieure est celle que l'on soumet le plus ordinairement à la percussion. Pour y procéder convenablement, le malade se tiendra couché sur le dos, les bras placés de chaque côté, le long du corps, et les genoux légèrement fléchis, afin de pouvoir déprimer les parois abdominales si l'organe malade est profondément situé.

Pour l'exploration des régions latérales, le malade devra s'incliner sur le côté opposé du tronc; il devra se mettre à son

séant ou se coucher à plat sur le ventre pour l'examen de la partie postérieure.

Dans quelques cas le tronc sera alternativement incliné à droite ou à gauche, placé même dans une position presque verticale pour s'assurer, par exemple, si le son mat perçu vers les parties latérales et inférieures, se modifie ou se déplace dans ces diverses positions : c'est ce qui a lieu lorsqu'un liquide se porte successivement vers les régions les plus déclives, en obéissant aux lois de la pesanteur.

Phénomènes fournis par la percussion dans l'état normal. — La percussion est principalement appliquée à l'examen de la poitrine et de l'abdomen, et les sons que l'on obtient sur ces deux cavités varient dans les différens points de leur étendue. Il est nécessaire de bien connaître ces diverses nuances dans l'état physiologique pour apprécier exactement les altérations de sonorité survenues dans l'état de maladie.

1° La *percussion de la poitrine* a pour but d'étudier les sons fournis par les différens points du thorax qui sont en rapport soit avec les poumons, soit avec le cœur et les gros vaisseaux.

A. Dans les régions qui sont en rapport avec les poumons, les parois du thorax, quand on les percute, rendent un son creux, assez fort (*son pulmonal* de M. Piorry), qu'il est impossible de décrire par des paroles, de même que la plupart des sons normaux, et qu'on apprend facilement à connaître en percutant une poitrine saine et bien conformée. Ce son varie d'intensité et de caractère, selon l'âge des sujets, selon la conformation du thorax, et selon les diverses régions où on l'explore.

La résonnance est généralement beaucoup plus grande chez l'enfant que chez l'adulte ; elle est aussi plus grande chez quelques vieillards dont le parenchyme pulmonaire est comme raréfié.

Le son est, en général aussi, d'autant plus fort que la poitrine est plus large et ses parois plus minces ; il est au contraire d'autant plus faible que le thorax est plus étroit, et que ses parois ont une épaisseur plus considérable.

Quant aux diverses régions, en avant, le son est clair au-desssus des clavicules et sur ces os ; clair encore au-dessous, il diminue un peu aux régions mammaires, devient obscur à gauche à la région précordiale, et est remplacé au niveau

de la septième côte, à droite, par le son mat dû à la présence du foie, à gauche, par le son tympanique que donne la grosse extrémité de l'estomac. En arrière la poitrine résonne médiocrement dans la région sus-scapulaire et sur les cotés du rachis. Le son est encore très obscur dans la fosse sus-épineuse; il l'est un peu moins vers la fosse sous-épineuse, et redevient clair et intense vers la pointe de l'omoplate, dans la région qui correspond à l'angle des côtes; et, à quelques pouces plus bas, il fait place à un son mat, fourni, à gauche, par la rate, à droite, par le bord postérieur du foie, qui, chez un bon nombre de sujets, remonte un peu plus haut, ce qui diminue un peu, de ce côté, l'étendue où s'arrête le son dit *pulmonal*.

Sur les régions latérales du thorax, la sonorité est claire dans toute la portion du thorax qui correspond aux poumons. On a dit encore, qu'en général, le côté droit, en raison du volume plus considérable du poumon, résonnait dans un ton plus grave; mais cette différence ne nous paraît pas suffisamment établie.

Chez les individus dont le thorax est déformé, le son peut être modifié de diverses manières, sans altération pathologique des organes contenus dans sa cavité.

B. La *région précordiale*, comme nous l'avons dit, donne un son obscur dans un espace d'environ deux pouces en tous sens, limité en haut et latéralement par le son pulmonal.

L'étendue de cette matité ne représente pas exactement les dimensions normales du cœur, qui est recouvert en partie par le bord antérieur du poumon gauche; mais les modifications survenues dans les limites du son obscur (sans altération du poumon et des plèvres), font cependant connaître d'une manière assez exacte les changemens que subit le volume du cœur, dont les dimensions ne peuvent augmenter sans refouler le poumon.

Quant aux gros vaisseaux qui naissent du cœur, leur présence derrière le sternum ne modifie pas d'une manière très notable la sonorité de la poitrine. Cependant, d'après les recherches récentes de M. Piorry, elle donnerait lieu à un son obscur, assez distinct du son pulmonal, perceptible sur une largeur de seize à vingt lignes, près de la base du cœur, là où les artères aorte et pulmonale sont accolées l'une à l'autre, et qui n'aurait plus que dix à douze lignes dans les points où l'aorte

existe seule. Quelle que soit, du reste, dans l'état physiologique, cette modification de son attribuée à la présence des gros vaisseaux, la percussion de cette région fournit des signes importans dans l'état morbide, et en particulier dans certaines maladies de l'artère aorte.

2° L'abdomen, percuté dans ses régions diverses, présente dans l'état sain des différences de son très nombreuses et très intéressantes à étudier. Ces différences de sons dépendent des notables différences de structure et de densité des organes contenus dans la cavité abdominale.

A l'*épigastre*, le son est un peu mat à la partie supérieure et droite occupée par le lobe gauche du foie ; le reste de cette région, qui est en rapport avec l'estomac, rend un son clair (*son stomacal*) qui s'obscurcit, quand ce viscère est rempli d'alimens, et prend un timbre *humorique* quand il contient à la fois des gaz et des liquides.

L'hypochondre droit fournit un son mat (*son jécoral*) qui s'étend dans le sens vertical, depuis le niveau de la septième côte environ, jusqu'au rebord des fausses côtes, au delà desquelles il est remplacé par le son clair que donnent les intestins. Horizontalement, cette matité se prolonge à droite jusqu'en arrière, et à gauche, elle se termine à un ou deux pouces au delà de la ligne médiane, où elle est remplacée par le son clair de la région épigastrique. Les limites de cette matité donnent la mesure des diamètres vertical et transversal du foie.

L'hypochondre gauche fournit en avant, où est située la grosse extrémité de l'estomac, une résonnance plus prononcée généralement qu'à l'épigastre, et qui fait place latéralement au son mat de la région splénique.

Dans toute la région ombilicale, la percussion donne un son clair (*son intestinal*) dû à la présence, en haut, de la partie moyenne du colon transverse, et plus bas, des intestins grêles. Cette résonnance se continue latéralement jusqu'à la partie antérieure des régions lombaires, où passent les portions ascendantes et descendantes du colon ; au delà de cette limite, le son devient mat, et conserve ce caractère dans les portions lombaires et rachidienne de l'abdomen.

Plus bas, le son intestinal se continue, en perdant son intensité, jusqu'aux régions iliaques occupées par le cœcum à droite,

et l'S du colon à gauche, et se prolonge, dans l'état de vacuité de la vessie et de l'utérus, jusqu'à l'hypogastre, où flottent les circonvolutions inférieures de l'intestin grêle.

Phénomènes pathologiques. — I. *Poitrine.* — A. Dans l'état de maladie, le son normal que rend la poitrine dans les *parties du thorax qui correspondent aux poumons* peut devenir *plus clair*, *plus obscur*, ou complétement *mat*, ou bien encore devenir analogue à celui que l'on produit en frappant un pot fêlé (*bruit de pot fêlé*).

L'*augmentation de sonorité* se présente sous deux formes principales, le son clair et le son tympanique. Le *son clair* peut être perceptible dans la totalité de l'un ou des deux côtés de la poitrine, ou être borné à une partie limitée de cette cavité : c'est, le plus ordinairement, la région correspondante aux cartilages costaux. Il indique généralement l'existence d'un emphysème des poumons.

Dans d'autres cas, la sonorité de la poitrine existe à un degré beaucoup plus prononcé, et le thorax résonne comme un tambour, dans une étendue plus ou moins considérable, de l'un ou de l'autre côté. Ce *son tympanique* est le signe d'un épanchement de gaz dans la cavité de la plèvre. Les circonstances dans lesquelles le phénomène s'est développé, la marche de la maladie, l'existence ou l'absence de la respiration amphorique, indiqueront la nature du pneumothorax, qui est presque toujours lié à la perforation du poumon.

La *diminution du son normal de la poitrine* peut se présenter de même à des degrés divers, son obscur, son mat, et occuper une étendue et un siége très variables. Le *son* simplement *obscur* indique d'une manière générale une augmentation de densité du poumon qui peut être due à une pneumonie au premier degré, à une congestion pulmonaire, à des tubercules plus ou moins nombreux, mais non encore réunis en une masse compacte, ou à la condensation légère du parenchyme qui accompagne souvent la dilatation des bronches. On l'observe aussi dans quelques cas d'épanchemens pleurétiques peu considérables, surtout lorsque des adhérences partielles des deux lames de la plèvre permettent au liquide de remonter entre elles sous forme d'une couche peu épaisse ; ou bien vers la fin de certaines pleurésies, quand il existe des fausses membranes épaisses, infiltrées de sérosité, et lors-

que la poitrine a subi un retrait plus ou moins considérable.

Le *son mat*, semblable à celui que donnerait la percussion de la cuisse (*instar percussi femoris*), peut avoir également un siége et une étendue variables, occuper quelquefois un côté tout entier de la poitrine.

Il peut dépendre, soit d'une densité considérable du parenchyme pulmonaire, telle qu'une hépatisation complète, des tubercules nombreux et rapprochés, sous forme de masses compactes, soit d'un épanchement abondant de liquide formé par de la sérosité, du sang ou du pus, soit, enfin, dans des cas très rares, d'une tumeur solide développée dans la poitrine.

Quelques caractères particuliers serviront, dans la plupart des cas, à spécifier davantage le genre d'altération qui existe. Ainsi le son sera généralement plus mat encore dans les épanchemens liquides de la plèvre, que dans les cas d'induration du tissu pulmonaire. Dans ce dernier cas, le siége de la matité reste le même, quelle que soit la position que l'on donne au malade, tandis que, dans certaines collections séreuses, il sera possible, en faisant varier l'attitude du corps, de donner lieu au déplacement de la matité, si l'épanchement est partiel, et si rien ne s'oppose à ce que le liquide obéisse aux lois de la pesanteur. C'est faire pressentir que le déplacement aura lieu plutôt dans l'hydrothorax que dans la pleurésie : les fausses membranes qui se forment dans cette dernière maladie ne tardant généralement pas à circonscrire l'épanchement. De même encore, s'il s'agissait d'une induration du tissu pulmonaire, le siége de la matité à la partie postérieure d'un côté, ou aux deux sommets à la fois, aiderait à reconnaître, dans le premier cas, une pneumonie, et, dans le second, une affection tuberculeuse.

Mais, en général, pour préciser l'espèce d'altération qui existe, il faut rapprocher des signes obtenus par la percussion, les résultats fournis par les autres méthodes d'exploration, avoir égard aux symptômes fonctionnels, à la marche, à la durée de la maladie, et le diagnostic sera d'autant plus certain, qu'il sera déduit du rapprochement et de la comparaison de ces divers élémens.

A ces modifications de sonorité, que nous venons de passer en revue, nous devons en ajouter quelques autres. 1° Le *son*

clair et *creux* circonscrit à un espace peu considérable, siégeant d'ordinaire sous la clavicule, et qui dépend de la présence en ce point d'une caverne assez spacieuse, ne contenant que de l'air, et située très superficiellement. A part ce cas particulier, le son est rarement plus clair au niveau des excavations du poumon; le plus ordinairement, au contraire, il est plus sec, plus sourd, en raison de la densité du tissu induré qui en forme les parois. 2° Le *bruit de pot fêlé*, déterminé par la percussion sur les points du thorax qui correspondent aux cavernes superficielles. Pour que ce bruit se produise au niveau d'une excavation, il faut que celle-ci réunisse plusieurs conditions anatomiques parmi lesquelles on a signalé une étendue assez considérable, la présence d'une certaine quantité de liquide, des parois minces, élastiques.

B. A la *région précordiale*, le son, normalement obscur, fourni par la percussion, peut devenir *plus sonore*. Ce phénomène pourrait être produit par la présence de gaz dans la membrane séreuse qui enveloppe le cœur; mais le pneumopéricarde est tout au moins un fait d'une extrême rareté, et l'excès de sonorité de cette région est à peu près exclusivement dû à un emphysème du poumon dont le bord interne recouvre plus ou moins la face antérieure du cœur.

La *diminution de sonorité* dans la région précordiale est presque toujours l'effet d'une maladie du cœur ou de ses annexes. Elle dépend, tantôt d'une hypertrophie excentrique de ce viscère, tantôt d'un épanchement de liquide dans le péricarde; quelquefois, de la réunion de ces deux derniers états morbides, qui ont pour effet de refouler le poumon; très rarement, de la présence de caillots volumineux dans les cavités du cœur. La percussion peut-elle fournir des caractères particuliers propres à distinguer l'un de l'autre l'hydropéricarde et l'hypertrophie? Les limites supérieures, ou latérales de la matité, pourront-elles, comme on l'a admis, varier selon l'attitude du malade, de telle sorte que le diamètre transversal de la région mate s'agrandisse dans la position assise, et diminue dans sa position horizontale? Nous ne saurions admetre ce fait comme établi, et nous accorderions plus de confiance aux inductions fournies par la marche de la maladie. Si, par exemple, le son devient nul en quelques heures, ou même en quelques jours, si l'étendue de la matité augmente

journellement, c'est là un phénomène important ; car ce changement rapide ne peut pas avoir lieu dans l'hypertrophie : il appartient exclusivement à l'épanchement d'un liquide dans le péricarde. Les signes fournis par les autres méthodes d'exploration, viendront, dans la plupart des cas, confirmer le diagnostic. Ajoutons que, dans l'hypertrophie, l'augmentation d'étendue de la matité sera généralement proportionnée à l'accroissement de volume du cœur, et en donnera approximativement la mesure; mais il ne faut pas oublier que l'emphysème pulmonaire, qui accompagne assez fréquemment les maladies du cœur, peut faire varier ces résultats, et que le bord interne du poumon gauche venant à recouvrir plus ou moins la surface antérieure de l'organe hypertrophié, rendra la matité proportionnellement moins sensible.

Les diverses tumeurs anévrysmales de l'aorte, soit à son origine, à sa crosse, ou dans sa portion descendante, peuvent aussi donner lieu à une matité plus ou moins prononcée, plus ou moins étendue. Ce phénomène, considéré en lui-même, indiquera seulement la présence en ce point d'un corps solide comme serait toute espèce de tumeur un peu volumineuse. Mais, d'une part, la fréquence relative des tumeurs de l'aorte dans cette région, et l'extrême rareté des autres tumeurs, et d'autre part les résultats comparatifs obtenus par l'auscultation, concourront, avec la percussion, à fixer le diagnostic.

II. *Abdomen.* — Les sons divers que fournit la percussion des parois de cette cavité peuvent être modifiés sous le rapport de leur siége, de leurs limites, de leur intensité, de leur caractère; il peut aussi se manifester dans différens points de l'abdomen des sons particuliers qui n'y existent pas dans l'état naturel.

Par suite du déplacement d'un organe, la sonorité qui lui appartient peut cesser dans le lieu qu'il devrait occuper, et se montrer dans un autre. C'est ainsi qu'on observe l'élévation des limites du son jécoral dans l'ascite, leur abaissement par suite d'un épanchement dans la plèvre droite. Dans les cas où la rate abandonne la région hyponchondriaque gauche pour descendre dans la fosse iliaque, déplacement dont Morgagni a rapporté quelques exemples, le son devient intestinal ou stomacal dans la région splénique; il devient mat dans le flanc, dans toute l'étendue occupée par la rate, qu'on re-

connaît d'ailleurs à sa forme particulière et à son volume.

Ailleurs, le son normal de tel ou tel point de l'abdomen est modifié dans son étendue, qui est augmentée ou diminuée, avec ou sans mndificatinn analngue dans son intensité. Ces changemens indiquent d'ordinaire une mndification semblable survenue dans le vnlume, et souvent aussi dans la densité de l'nrgane correspondant, à mnins qu'ils ne dépendent de la présence de quelque viscère voisin, qui peut recouvrir cet organe, ou le laisser à découvert plus que dans l'état normal. Ainsi la diminution d'étendue du son jécnral est un signe d'atrophie du foie, de même que l'extension de la matité est l'indice d'une hypertrophie de ce viscère. Mêmes cnnséquences découlent des modifications de matité dans la région de la rate nu des reins. Ainsi encore la diminution d'étendue du son stomacal dénote que ce viscère est rétréci, ou recouvert par un organe voisin, le bord gauche du foie, par exemple; son augmentation indique l'agrandissement de ce viscère, qui peut acquérir un volume double ou quadruple de celui qui lui est ordinaire, nccuper tout l'épigastre, s'étendre en bas vers l'ombilic, et remonter en haut jusqu'à la sixième ou la cinquième cnte : c'est ce que l'on observe dans les cas de distension de l'estomac par des gaz, surtnut dans les rétrécissemens du pylnre, maladie dans laquelle le son devient en même temps plus intense et tout-à-fait *tympanique*.

Ce son tympanique est-il étendu à toute la paroi antérieure de l'abdomen? il indique alors une accumulation de gaz, soit dans l'intestin, soit dans le péritoine; or la tympanite péritonéale, si jamais elle a eu lieu, est au moins infiniment rare; et dès lors le son tympanique de tout l'abdomen peut être considéré comme le signe à peu près certain de la distension gazeuse du conduit digestif, qui se recnnnaît, d'ailleurs, en ce que souvent plusieurs anses intestinales se dessinent à travers les parois abdominales : cette tympanite peut dépendre de causes très variées, comme obstructions, invaginations, rétrécissemens, compression, adhérences anormales, étranglemens internes, etc.

Ailleurs encore, le son normal est modifié dans snn timbre par le mélange d'une autre nuance. C'est ainsi que le son clair de l'estomac ou des intestins prend souvent le caractère du *son humoral* ou *hydropneumatique* (M. Piorry), qui annonce,

comme ce dernier nom l'indique, la présence simultanée de gaz et de liquides.

Tantôt le liquide est contenu dans une cavité contiguë avec celle qui renferme le gaz, et alors le son humoral ne s'entend que sur les limites qui séparent le son mat de l'une, et le son clair de l'autre. Son siége, dans ce cas, est invariable si le liquide est circonscrit, comme on l'observe lorsque la vessie est distendue par de l'urine, et contiguë aux intestins distendus par des gaz; le son humoral se déplacera, au contraire, avec les changemens de position du malade si le liquide lui-même peut se déplacer, comme on le constate quand il existe dans le péritoine un épanchement séreux qui obéit aux lois de la pesanteur.

Tantôt le liquide et le gaz sont renfermés dans la même cavité, et alors le son hydropneumatique peut être obtenu sur une surface plus ou moins considérable : c'est ce que l'on observe souvent à la région cœcale dans la fièvre typhoïde, ou bien à l'épigastre, lorsque, par suite d'un rétrécissement du pylore, les liquides sont retenus dans l'estomac en même temps que des gaz s'y forment en abondance. Dans ces derniers cas aussi la pression brusque exercée sur ces régions ou la succussion du tronc, donnent lieu à un gargouillement, à un bruit de fluctuation interne, que l'on n'obtient pas quand les deux fluides sont logés dans des cavités différentes.

Dans d'autres circonstances, un *son mat*, anormal, se manifeste dans un lieu insolite, là où existe un son clair dans l'état naturel. Cette modification indique d'une manière générale qu'un liquide ou un corps solide s'est déposé, accumulé ou développé dans le lieu correspondant. Le diagnostic deviendra moins vague par l'appréciation du siége et de l'étendue de la matité, qui peut occuper la presque totalité de l'abdomen, ou être limitée à une région très variable.

Lorsqu'un son mat limité se manifeste à l'épigastre, il peut dépendre, soit d'une tumeur formée par une dégénérescence cancéreuse des parois de l'estomac, soit d'un développement anormal du lobe moyen du foie. A-t-il son siége dans l'un des points qui s'étendent de l'appendice xyphoïde à l'angle sacro-vertébral? ce peut être un anévrysme de l'aorte abdominale; à la région de la vésicule? ce peut être une distension de ce

réservoir ou bien une accumulation de calculs biliaires, etc.; dans le flanc, de l'un ou de l'autre côté? une dégénérescence carcinomateuse du rein, un abcès, un kyste de cet organe, plus rarement une tumeur formée par une altération des capsules surrénales, comme M. Rayer en a rapporté des exemples, ou bien un cancer du colon droit ou gauche. Si la matité apparaît dans l'une ou l'autre des régions iliaques, elle fera soupçonner un abcès ou une accumulation de matières fécales, etc. A l'hypogastre et sur la ligne médiane, elle pourra dépendre, dans les deux sexes, d'une distension de la vessie remplie d'urine; chez la femme, d'un développement de l'utérus par la grossesse, par une inflammation, ou par une production morbide quelconque. Si le son mat est situé à droite ou à gauche de la ligne médiane, il dépend, le plus ordinairement, de tumeurs diverses développées dans les annexes de l'utérus, telles que dégénérescences squirrheuses, kystes variables de l'ovaire, hydropisies des trompes, etc. Toutefois, il ne faut pas oublier que la matrice peut être déviée par des adhérences. Rappelons enfin, à l'occasion de ces matités circonscrites, une remarque dont l'importance, déjà signalée, sera facilement comprise : c'est que les résultats de la percussion, considérés isolément, ne peuvent fournir que des probabilités plus ou moins grandes, et que, pour arriver à un peu plus de précision, il est absolument nécessaire de réunir aux signes fournis par la percussion ceux que donnent la palpation, le toucher vaginal ou rectal dans le cas de tumeur de l'hypogastre, l'examen des troubles fonctionnels et tous les autres moyens de diagnostic.

La percussion fournit à elle seule des résultats plus précis, lorsque la matité, au lieu d'occuper un espace circonscrit, se retrouve à la fois dans toute la portion déclive de l'abdomen : à ce seul caractère on peut reconnaître l'accumulation dans le péritoine, d'un liquide dont l'existence deviendra plus certaine encore si le son mat se déplace selon les positions diverses que l'on donne au malade, et si, aux limites qui le séparent du son clair des intestins, on obtient la résonnance humorique : le fait deviendra indubitable si, en imprimant un léger choc avec le doigt détendu sur l'un des points de l'abdomen, pendant que l'autre main est appliquée sur un point diamétralement opposé, on perçoit une sensation d'*on-*

dulation produite par l'impulsion transmise au liquide contenu dans le ventre.

Quand enfin la matité occupe la totalité ou la presque totalité de l'abdomen, elle indique, soit un épanchement ascitique considérable, soit la présence d'une tumeur très volumineuse, telle qu'un énorme kyste, formé d'ordinaire aux dépens de l'ovaire. Ces deux cas pourront être distingués l'un de l'autre par les caractères suivans : dans l'ascite, les intestins plus légers remontant vers la partie la moins déclive, on trouve, à la région sus-ombilicale, un son tympanique qui tranche avec la matité obtenue dans tous les points situés sur un niveau inférieur, et qui est séparé de cette dernière par une ligne courbe à concavité supérieure. Dans l'hydropisie enkystée, au contraire, comme la tumeur en se développant refoule, en général, les intestins sur les parties latérales, on trouve communément un son mat à la partie la plus saillante, tandis que le son intestinal existe sur les côtés. Dans ce dernier cas aussi la sensation du flot est souvent moins manifeste que dans l'ascite.

Indépendamment des diverses modifications du son que nous venons d'exposer, la percussion, dans quelques cas, fournit encore un bruit particulier ou plutôt un phénomène complexe résultant de l'association d'une espèce de bruit humorique perçu par l'oreille avec un frémissement vibratoire perçu par le doigt qui percute. Ce phénomène, désigné sous le nom de *bruit*, ou *frémissement hydatique*, se lie effectivement à l'existence des hydatides, et paraît dépendre des oscillations des acéphalocystes dans le kyste qui les contient. Ce frémissement toutefois ne se rencontre pas dans toutes les tumeurs hydatifères; mais quand il est manifeste, il constitue un signe important de ce genre de tumeur.

Il est quelquefois avantageux d'étudier ce phénomène par l'auscultation médiate ou immédiate, en même temps que l'on pratique la percussion, cette méthode mixte permettant parfois de saisir des nuances de son qui ne seraient point perçues à distance. Ce procédé peut d'ailleurs être mis en usage dans plusieurs autres circonstances. MM. Cammann et Clarck, dans un mémoire récent (*New-York journal of medicine and surgery*, juillet 1840), l'ont généralisé en l'appliquant à l'examen de la poitrine et de l'abdomen; et, selon ces auteurs, il serait pos-

sible de distinguer de la sorte, d'une manière beaucoup plus précise, l'un de l'autre des organes pleins qui se touchent, d'apprécier avec plus d'exactitude le volume du foie, de la rate, du cœur, et même d'en déterminer rigoureusement les dimensions lorsqu'ils sont éloignés des parois par des viscères de densité différente, comme lorsque le cœur est entièrement recouvert par les poumons. Je dois déclarer, en finissant cet article, que j'ai été aidé dans sa rédaction par M. le docteur Barth, agrégé de la Faculté, et mon ancien chef de clinique à l'Hôtel-Dieu. CHOMEL.

AUENBRUGGER (Leop.). *Inventum novum ex percussione thoracis humani ut signo abstrusos interni pectoris morbos detegendi.* Vienne, 1763, in-8°. Trad. en fr. par Rosière de la Chassagne, à la suite du *Manuel des pulmoniques.* Paris, 1770, in-12; et par Corvisart, en 1808.

CORVISART (J. N.). *Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavité;* par Auenbrugger. Ouvr. trad. du latin et commenté. Paris, 1808, in-8°.

PIORRY (P. A.). *De la percussion médiate, et des signes obtenus par ce nouveau moyen d'exploration dans les maladies des organes thoraciques et abdominaux.* Paris, 1828, in-8°, fig. — *Du procédé opératoire à suivre dans l'exploration des organes par la percussion médiate, et collection de Mémoires, etc.* Ibid., 1831, in-8°.

CLINCHAMPS (Édouard de). *Essai sur la percussion médiate abdominale.* Thèse. Paris, 1835, in-4°.

CAMMANN (P.) et CLARK (A.). *A new mode of ascertaining the dimensions, form and condition of internal organs by percussion and auscultation.* Dans *The New-York journ. of med. and surg.,* juillet 1840. Extr. dans *Arch. gén. de méd.,* 1re sér., t. x, p. 225.

Voyez, en outre, les traités de diagnostic et de séméiologie.

R. D.

PÉRICARDE. — § I. ANATOMIE. — Sac membraneux, fibro-séreux, composé de deux feuillets qui enveloppent le cœur et une portion des troncs artériels et veineux qui s'abouchent dans cet organe; il est situé au-dessus de l'aponévrose centrale du diaphragme, au-dessous de la crosse de l'aorte, derrière le thymus, le tissu cellulaire de la cavité antérieure et inférieure du médiastin, le sternum, les troisième, quatrième et cinquième côtes du côté gauche; au devant des bronches, de l'œsophage, de l'aorte thoracique, et entre les lames du médiastin qui le séparent des poumons. Le péricarde

a généralement la forme d'un cône tronqué très irrégulier, et sa conformation dépend d'ailleurs de celle des parties qu'il recouvre.

Il est formé de deux lames : l'une, externe et fibreuse; l'autre, interne et séreuse. La première est dense, épaisse, peu extensible, assez intimement unie aux parois du médiastin autour de la racine des poumons; par sa face interne, elle adhère à la lame séreuse, excepté dans les points où cette dernière se réfléchit sur les troncs vasculaires, et près de l'aponévrose du diaphragme. Cette lame est formée de fibres blanchâtres, entre-croisées dans diverses directions; plusieurs d'entre elles naissent du centre fibreux du diaphragme, et sont à peu près parallèles à l'axe du péricarde. Quelques anatomistes pensent que cette lame fibreuse est perforée pour livrer passage aux vaisseaux qui partent du cœur ou qui s'y rendent; mais elle n'offre aucune ouverture réelle, et ne fait que se prolonger sur ces vaisseaux en se confondant insensiblement, et après un trajet assez court, avec les tissus cellulaire et fibreux de leurs parois. La lame interne ou séreuse du péricarde est appliquée immédiatement sur l'aponévrose du diaphragme, à laquelle elle adhère par du tissu cellulaire assez lâche chez les enfans, mais très serré chez les adultes. De là elle s'étend sur la face interne de la lame fibreuse, et se réfléchit ensuite sur l'aorte, la veine cave supérieure, l'artère pulmonaire, le canal artériel, les oreillettes du cœur, les ventricules, les veines pulmonaires et la veine cave inférieure. Cette lame séreuse s'enfonce dans tous les intervalles que ces vaisseaux laissent entre eux, et dans les sinuosités que présente la surface extérieure du cœur. Elle adhère intimement à sa lame fibreuse, un peu moins aux vaisseaux, et devient assez mince et transparente sur les ventricules, pour qu'il soit difficile de l'y démontrer dans l'état naturel, si ce n'est dans les points où elle est séparée des fibres charnues par du tissu adipeux.

Cette lame forme, comme toutes les membranes séreuses, un sac sans ouverture dont la surface interne, lisse et libre dans l'état normal, est en contact avec elle-même, et sans cesse lubrifiée par un fluide ténu et séreux, ordinairement de couleur citrine. Il résulte évidemment de la disposition anatomique des deux lames du péricarde, que la première sert à

fixer le cœur dans sa situation, et la seconde à favoriser les mouvemens de cet organe.

Les artères du péricarde sont très petites, et proviennent des thymiques, des phréniques, des bronchiques, des œsophagiennes, des coronaires du cœur, et des rameaux qui accompagnent les nerfs diaphragmatiques. Les veines suivent le même trajet que les artères, et s'ouvrent dans les troncs du même nom. Les vaisseaux lymphatiques se rendent dans les glandes voisines. Dans quelques cas rares, on a vu le péricarde manquer plus ou moins complétement. M. Breschet, qui a publié sur cette anomalie un mémoire fort intéressant, n'en admet comme exemples incontestables que trois faits, un de Baillie, un de Walther, et un observé par lui-même à l'Hôtel-Dieu. Alors la plèvre pulmonaire se porte directement sur le cœur et le tapisse. OLLIVIER.

§ II. PÉRICARDE (altérations pathologiques du). — Parmi les *altérations congénitales* du péricarde, l'absence de ce sac membraneux a été rarement constatée : à part les faits précités, et un autre récemment observé par le docteur Curling (*Trans. med.-chir.*, 1839), cette absence n'a guère été rencontrée que lorsque le cœur manquait lui-même, ou bien dans certains cas de hernie de ce viscère, soit que ce dernier fît saillie au dehors de la poitrine par suite de la division des parois antérieures du thorax, soit qu'il fût porté dans un lieu plus ou moins éloigné de sa situation normale (Mémoire de M. Breschet, Paris, 1826). Dans d'autres cas, le péricarde n'est que déplacé avec l'organe qu'il continue d'envelopper; c'est ainsi que Deschamps, de Laval, a trouvé le cœur enveloppé du péricarde, tenant la place du rein gauche (*Journ. de méd.*, t. XXVI, p. 275).

Le péricarde peut éprouver des *lésions traumatiques*, être déchiré par les fragmens d'une côte fracturée (Alph. Sanson, thèses de Paris, année 1827), être divisé par un instrument tranchant ou piquant. Le plus ordinairement les solutions de continuité intéressent le cœur lui-même en divisant ses parois plus ou moins profondément, ou en pénétrant jusque dans ses cavités. Dans ce dernier cas, le malade succombe ordinairement en peu de temps (Morgagni, *Epist.*, l. III, art. 26; Ollivier, *Dict. de med*, t. VIII, p. 251); cependant il peut

survivre aux accidens de l'hémorrhagie (Fantoni, *Giornale de letterati d'Italia*, t. XXI); et alors, comme dans le cas où le péricarde est seul divisé, la mort peut ne survenir qu'au bout d'une ou plusieurs semaines, après le développement d'une péricardite aiguë avec pseudomembranes et collection puriforme ou sanieuse (Alph. Sanson; Job Van Meckrem, *Obs. med.-chir.*; Renauldin, *Arch. de méd.*, 1833). Dans quelques cas même, le malade peut guérir, et, au bout d'un temps plus ou moins long, on peut trouver le péricarde encore ouvert vis-à-vis la cicatrice des parois thoraciques (Velpeau, *Anat. chirurg.*, t. I, p. 544, 1re édit.), ou adhérant au cœur par une cicatrice (Richerand, *Nosogr. chir.*, t. IV, p. 131, 5e édit.).

Quant aux *altérations morbides* proprement dites, elles sont assez nombreuses, et peuvent avoir leur siége, soit en dehors et à la face externe du péricarde, soit dans ses divers feuillets et dans sa cavité.

Par sa face externe, le péricarde peut contracter des *adhérences* plus ou moins intimes avec le sternum et la plèvre.

Cette face est quelquefois pourvue d'une quantité anormale de *graisse*. Ailleurs, on trouve une couche épaisse de tissu adipeux développée sous la membrane séreuse viscérale, principalement au point de réunion des oreillettes et des ventricules, le long des artères coronaires, et à l'origine des gros vaisseaux. Le plus souvent aucun phénomène remarquable n'indique pendant la vie cette disposition; si cependant elle était très-prononcée, il pourrait en résulter de l'oppression des palpitations dont la nature pourrait être soupçonnée si l'on voyait croître ou diminuer ces symptômes avec l'embonpoint général.

Assez souvent encore on rencontre à la surface du cœur, et principalement sur le trajet des artères coronaires, des *taches* blanches opaques, irrégulières, formées par des épaississemens partiels du tissu cellulaire sous-séreux. Ces taches, qu'il faut distinguer d'autres plaques blanches, laiteuses, légèrement saillantes, placées sur la surface libre de la membrane séreuse, et dont nous parlerons plus bas, ne donnent lieu à aucun trouble fonctionnel.

Ailleurs on rencontre, principalement dans le péricarde pariétal, des *plaques cartilagineuses*, blanchâtres et encore flexibles, ou en partie *ossiformes*, jaunâtres et cassantes. Des

lamelles, de grandeur et de forme variables, sont développées dans le tissu cellulaire sous-séreux, ou dans la membrane fibreuse elle-même, et peuvent exister avec ou sans adhérences du péricarde au cœur. Tant que ces adhérences n'ont pas lieu, et que les productions dont nous parlons sont peu étendues, il peut n'en résulter aucun symptôme grave; mais, dans le cas contraire, les mouvemens alternatifs de contraction, et de dilatation du cœur, peuvent en être plus ou moins gênés : de là des troubles fonctionnels quelquefois très prononcés, tels que battemens de cœur inégaux, irréguliers; pouls faible, petit, intermittent; dyspnée, hydropisies consécutives.

Des *tubercules* peuvent aussi se rencontrer soit à la face externe du péricarde, entre son feuillet fibreux et la plèvre, soit au-dessous de la séreuse viscérale ou pariétale. Dans ces cas, il y a généralement aussi des tubercules dans les poumons et dans d'autres organes. Le développement de ce produit morbide dans le tissu cellulaire sous-séreux du péricarde constitue assez souvent l'un des caractères anatomiques de la péricardite tuberculeuse, affection dans laquelle on trouve cette même matière, déposée dans l'épaisseur des pseudo-membranes. Des granulations saillantes sous la membrane séreuse peuvent favoriser dans ce cas la production de bruits de frottement.

Le *cancer* se rencontre beaucoup plus rarement dans le péricarde; cependant on a vu la matière encéphaloïde ou squirrheuse déposée entre le feuillet séreux du péricarde et le cœur lui-même, soit sous forme de couches plus ou moins épaisses situées le long des vaisseaux coronaires (Laennec, t. III, p. 174), soit de masses et bosselures faisant saillie à la surface du cœur (Cruveilhier, *Essai sur l'anat. pathol.*; Andral, *Précis d'anat. pathol.*, t. II, p. 327). Tantôt le feuillet séreux qui recouvre ces tumeurs conserve encore sa transparence ordinaire; tantôt il est lui-même épaissi, lardacé, et participe à la dégénérescence (Bouillaud, *Malad. du cœur*, t. II, p. 315).

Dans d'autres cas encore on a vu le péricarde subir une altération semblable par les progrès de tumeurs cancéreuses développées hors de lui, entre les lames du médiastin antérieur (Bouillaud, *loc. cit.*, p. 316). Comme ces productions coexistent le plus ordinairement avec de semblables dégéné-

rescences dans les autres organes, on pourrait quelquefois les soupçonner, si, chez un sujet portant une affection carcinomateuse déjà reconnue, on voyait survenir vers le cœur des douleurs lancinantes accompagnées de dyspnée ; de palpitations. Comme, de plus, leur présence détermine fréquemment une péricardite chronique, le diagnostic deviendrait plus certain, si, dans les circonstances précitées, on constatait de la matité ou des bruits de frottement à la région précordiale.

Des *kystes séreux* se développent quelquefois entre le feuillet pariétal et la plèvre, ou bien entre le feuillet viscéral et le cœur (Laennec, t. III, p. 174 et 276; 3e éd.). Selon Morgagni (ep. XVI, art. 44), Baillou et Cordæus ont trouvé le cœur de deux femmes recouvert d'*hydatides* ; Rolfinck en a observé sur la *membrane du cœur* chez des individus sujets aux palpitations; Fantoni le père en a vu sur la *surface du cœur*; et Thébésius a trouvé, sur un sujet atteint d'hydro-péricarde, la *membrane externe* du cœur hérissée d'hydatides. Morgagni lui-même en a vu plusieurs exemples, qu'il rapporte assez brièvement, mais dont le siége précis n'est point suffisamment indiqué, lorsqu'il dit : *A cordis mucrone magna hydatis pendebat* (epist. XXV, art. 15), ou dont les caractères sont assez vaguement exprimés, lorsqu'il dit ailleurs : *In media posteriore cordis facie membranula quædam alba extabat, quasi ruptæ hydatidis vestigium* (epist. III, art. 26). Ces kystes, à en juger du moins d'après plusieurs des cas précités, sont fréquemment accompagnés d'épanchemens dans le péricarde, et leurs signes se confondent probablement avec ceux qui sont le résultat de la distension de ce sac et de la gêne que le cœur éprouve dans ses mouvemens (oppression, palpitations, matité).

Les *ulcérations* du péricarde viscéral et de la surface du cœur étaient regardées autrefois comme plus fréquentes qu'elles ne le sont en réalité. On avait sans doute pris pour telles des inégalités, des anfractuosités rugueuses dues à la présence de pseudomembranes. Telle est aussi l'opinion que Morgagni exprime dans sa XXVe lettre (art. 24), où il rappelle un fait observé par lui-même, et dans lequel *cordis exterior facies primo aspectu corrosa maximam partem videbatur : nec erat tamen ; sed inæquales concretiones, ipsi adhærentes id mentiebantur* (epist. XXI, art. 2).

Cependant les auteurs mentionnent quelques faits dans

lesquels la face externe du cœur a présenté réellement des érosions plus ou moins profondes. Lancisi dit avoir trouvé une ou deux fois la *surface du cœur érodée, ulcérée*. Morgagni admet comme tels les cas rapportés par Peyer, Grœtzius, etc., et celui d'Olaüs Borrichius, dans lequel *cordis exterior caro, profunde exesa, in lacinios et villos carneos putrescentes abierat*. L'auteur italien en rapporte lui-même plusieurs exemples : dans l'un, *exterior cordis facies leviter erat erosa* (epist. XXVI, art. 17); dans un autre, qu'il tenait d'Albertini, *cordis membrana manifesto erodi cœperat* (*ibid.*, art. 43).

Dans les cas précités, l'érosion du péricarde était accompagnée de l'épanchement d'un liquide abondant et *âcre*, selon l'expression de Morgagni. L'analogie permet d'admettre que l'ulcération ou plutôt la déchirure du péricarde peut être, dans certains cas, consécutive à un épanchement purulent, comme on voit la plèvre érodée ou perforée par des collections de pus formées dans sa cavité. Dans d'autres cas, la péricardite pourrait être consécutive à l'ulcération, et celle-ci dépendre de l'ouverture d'un abcès superficiel du cœur, du ramollissement d'un tubercule sous-séreux, ou bien de la rupture d'un kyste développé sous le péricarde viscéral, comme semblerait le faire admettre un fait observé par Fantoni, et rapporté par Morgagni en ces termes : *In quodam homine copiosissimæ et croceæ lymphæ cor innatans vidit, cujus apex erat à corrupta hydatide ulcerosus* (epist. XVI, art. 44).

Les lipothymies et l'intermittence du pouls étaient regardées comme les signes de ces érosions; mais ces phénomènes n'ont pas été constamment notés, et leur valeur, dans le cas qui nous occupe, est assez difficile à déterminer, puisqu'ils appartiennent tout aussi bien aux épanchemens qui accompagnent l'ulcération de la surface du cœur.

Le feuillet pariétal peut être aussi le siége d'ulcérations qui le détruisent de dehors en dedans. Telles sont les *perforations* du péricarde par des lésions voisines, qui, après avoir contracté avec lui des adhérences, font irruption dans sa cavité. C'est ainsi qu'on a vu des foyers purulents contigus, ou plus ou moins éloignés (Andral, *Anat. pathol.*, t. II, p. 601), plus souvent des tumeurs anévrysmales de l'aorte (Morgagni, epist. XXVI, art. 5, 7, 17, 21; epist. XXVII, art. 28), rarement des kystes hydatiques (Alibert, *Journ. hebdomad.*, t. XI), s'ou-

vrir dans le péricarde. Ces perforations, et l'épanchement qui en est la conséquence, donnent lieu à une oppression subite, des syncopes avec refroidissement des extrémités, et entraînent d'ordinaire une mort plus ou moins rapide.

Divers produits morbides peuvent se former ou s'épancher dans la cavité du péricarde : ce sont, tantôt des *accumulations de gaz*, des *collections de sérosité limpide* (voy. *hydro-péricarde*, *pneumo-péricarde*). Ailleurs, ce sont des *épanchemens de sang*, en partie fluide, en partie coagulé, au milieu duquel on trouve quelquefois des masses fibrineuses assez fermes. Ce sang provient, soit de la rupture des vaisseaux veineux ou artériels du cœur, soit, plus fréquemment, de la rupture des parois du cœur même (Morgagni, epist. XXVII, art. 2, 5, 8; epist. LIV, art. 15), ou de la perforation des gros vaisseaux qui en naissent, et principalement des anévrysmes de l'aorte (epist. XXVI, art. 5, 7, 13, 15, 17, 19). Quand ces épanchemens sont dus à l'une des deux dernières causes, ils entraînent d'ordinaire une mort subite; si le malade survivait à cet accident, on constaterait une grande oppression et le développement rapide des signes physiques d'un épanchement du péricarde.

Dans d'autres circonstances, on rencontre dans la cavité du péricarde des *épanchemens troubles*, floconneux, des *collections purulentes*, et, sur la surface des feuillets séreux, on trouve des *pseudo-membranes* minces, molles, aréolées, villeuses, ou plus épaisses et plus fermes, fibreuses, cartilagineuses, en partie ossifiées; parfois encore la cavité du péricarde est effacée par l'adhérence réciproque et plus ou moins intime de ses deux lames, au moyen, soit d'un tissu celluleux souple, soit d'une lame épaisse, fibreuse, contenant quelquefois elle-même diverses productions morbides.

Mais toutes ces dernières altérations appartiennent à l'histoire de la péricardite, dont nous allons nous occuper.

§ III. Péricardite. — Inflammation du péricarde, hydro-péricardie; cardite, *carditis* de quelques auteurs. On ne trouve sur la péricardite aucune notion précise dans les anciens auteurs. Galien dit cependant (*De locis affect.*, l. V, ch. 1) que, dans quelques cas de palpitations, on peut soupçonner que le cœur se meut dans un liquide; il admet, dans le même passage, que le cœur peut être atteint d'inflammation, et dit avoir vu périr

des gladiateurs de cet affection. Avenzoar, au XII[e] siècle, est le premier qui donne de la péricardite une description un peu précise. Plus tard, Rondelet et Salius Diversus traitent dans leurs ouvrages, de l'inflammation et de la suppuration du péricarde.

A partir de cette époque, des exemples assez nombreux de péricardite sont consignés avec plus ou moins de détails, dans les recueils de Fabrice de Hilden, Bonet, Lieutaud, Stœrck et surtout de Morgagni. Vers le même temps, Senac commence à tracer le tableau de cette maladie, qui s'enrichit plus tard des travaux consignés dans les traités spéciaux de Burns et Davis en Angleterre, de Testa en Italie, de Kreysig en Allemagne, et surtout de Corvisart en France.

Cependant, après toutes ces recherches, quelques détails anatomiques restaient encore mal connus, et les signes de la maladie étaient encore incertains, tellement que Corvisart, malgré les ressources précieuses déjà fournies par la percussion, admettait que le diagnostic en était souvent fort difficile. Ces idées étaient partagées par J.-P. Franck, qui décrit sous le nom de *cardite* l'inflammation du cœur et celle du péricarde, et par son fils Joseph, qui, réunissant sous le titre de *péricardite* la phlegmasie du cœur et celle de son enveloppe, en expose assez bien les diverses altérations nécroscopiques, mais laisse encore tout-à-fait incomplète la partie séméiologique. Laennec même, après avoir tracé les caractères anatomiques de la péricardite avec sa précision ordinaire, n'était pas plus avancé sous le rapport du diagnostic, quand il avouait que « il est peu de maladies plus difficiles à reconnaître, et que la péricardite ne peut guère être que *devinée*, faute de signes certains. »

Mais depuis lors la science a fait de notables progrès : par suite de l'impulsion donnée à l'anatomie pathologique, et de l'exactitude apportée dans l'observation et l'analyse des symptômes, et depuis les travaux de MM. Louis, Andral, Bouillaud, Collin et Hache, en France, de MM. Stokes et Latham, en Angleterre; le diagnostic de la péricardite est devenu possible dans le plus grand nombre des cas, et dans quelques-uns même d'une grande facilité.

L'impossibilité où l'on était autrefois de reconnaître la péricardite pendant la vie, et l'imperfection ou la rareté des

nécropsies avaient fait autrefois considérer la péricardite comme une maladie rare. Cependant, avant même que l'observation clinique, aidée de moyens diagnostics plus sûrs, ait démontré l'erreur de cette opinion, l'anatomie pathologique avait déjà prouvé que, sans être aussi fréquente que plusieurs autres phlegmasies des parties contenues dans le thorax, la péricardite n'est cependant pas une affection rare dans nos pays : sur quatre cent trois individus qui ont succombé dans les salles Saint-Jean et Saint-Joseph de l'hôpital de la Charité, dans l'espace de quatre ans, et dont les cadavres ont été ouverts avec le plus grand soin, il s'en est trouvé seize chez lesquels il existait des signes non équivoques d'une péricardite récente ou ancienne. D'autre part, sur deux cent soixante-trois observations prises dans les journaux, et rassemblées sans choix, M. Louis a trouvé treize exemples de péricardite ou d'adhérence du péricarde au cœur. Il résulte de ces relevés, que la vingt-troisième partie environ des sujets qui succombent sont ou ont été atteints de la péricardite.

Cette maladie se montre, du reste, comme la plupart des autres inflammations, sous forme aiguë et chronique. Du rapprochement des faits consignés dans les auteurs, il résulte que la péricardite est plus fréquente chez l'homme que chez la femme; rare dans l'enfance et dans l'âge avancé, on l'observe le plus ordinairement dans la jeunesse et l'âge mûr, plus fréquemment aussi chez des sujets fortement constitués que chez des individus faibles, délicats. Selon quelques auteurs, la grossesse, un accouchement récent, la convalescence de maladies exanthématiques, seraient des circonstances qui prédisposent à la péricardite (J. Frank).

Tantôt elle survient d'une manière primitive chez des sujets bien portans, sous l'influence de causes traumatiques, telles qu'une plaie par instrument piquant, une déchirure suite de fracture de côte, une chute sur le thorax, un coup, une compression violente sur la région précordiale, un ébranlement communiqué à la poitrine. Ailleurs, c'est un effort violent pour soulever, porter un fardeau, une course rapide ou prolongée, des exercices gymnastiques, des travaux fatigans. Ce sont encore des passions violentes, une frayeur vive, des chagrins prolongés. Assez souvent, c'est l'impression du froid sur le corps échauffé, l'habitation dans des lieux froids

et humides, l'usage des boissons à la glace dans les saisons chaudes ; l'abus des liqueurs alcooliques. On a signalé encore comme causes, des influences moins évidentes, telles que la suppression d'hémorrhagies habituelles, la répercussion d'un exanthème et surtout de la gale, la métastase d'un érysipèle (Lobstein, t. II, p. 381). Ajoutons que souvent plusieurs des causes citées plus haut concourent à la fois à la production de la péricardite ; que souvent aussi cette cause nous échappe complétement, comme on l'observe, d'ailleurs, pour beaucoup d'autres phlegmasies.

Tantôt la péricardite se lie à une autre affection aiguë ou chronique : on l'observe assez fréquemment avec la pleurésie et la pneumonie, et sous l'influence des mêmes causes plutôt que par l'extension de l'inflammation vers le péricarde; plus souvent encore dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, par suite du transport de la cause morbide sur le cœur lui-même, ainsi que nous l'avons signalé dans la 1re édit. de ce Dictionnaire (PÉRICARDITE, 1826). Elle est aussi plus fréquente chez les sujets atteints d'anévrysme du cœur, et cette dernière affection peut être considérée comme propre à favoriser le développement de la péricardite.

Dans quelques circonstances, on a vu la péricardite atteindre à la fois un grand nombre d'individus placés dans les mêmes conditions et se montrer sous la forme *épidémique*. L'ancien *Journal de médecine*, 1755, contient la description d'une épidémie de ce genre qui fut observée à Rocroi, au commencement de l'année 1746, par Trécourt, médecin de l'hôpital militaire de cette ville, qui, dans l'espace de deux mois et demi, eut occasion d'ouvrir environ vingt individus chez lesquels il trouva des traces évidentes de cette phlegmasie. Une autre épidémie de la même affection, décrite par Huber, 1819, a été observée au siége du fort de Delfzyl, en 1814.

Les lésions anatomiques de la péricardite varient selon que cette maladie est plus ou moins ancienne.

Si le malade a succombé à une époque très rapprochée du début de l'affection, on trouve sur le péricarde une rougeur partielle ou générale formée par une injection capillaire qui a son siége dans le tissu cellulaire sous-séreux, tantôt sous forme pointillée, et tantôt disposée par taches ou plaques irrégulières, d'étendue variable ; quelquefois cette rougeur

est à peine appréciable sur le cadavre, parce qu'elle a pu disparaître après la mort, comme on l'observe d'ailleurs dans beaucoup d'autres circonstances. A cette époque, le péricarde lui-même offre encore peu d'altération; cependant il est parfois déjà enduit çà et là d'une couche très mince d'exsudation albumineuse.

A une époque plus avancée, il se forme un épanchement liquide de quantité et de qualités variables. Rarement cette collection n'est que de deux ou quatre onces : généralement plus considérable, elle s'élève parfois à une ou plusieurs livres, une pinte et demie, quatre livres (Louis, *Mémoire sur la péricardite*). J. Frank cite même un cas dans lequel il existait six livres de liquide. Dans ces cas, le péricarde est distendu jusqu'à sept pouces et demi de hauteur, sur neuf pouces de largeur à sa base (Louis, *loc. cit.*), refoule les poumons et déprime le diaphragme.

L'épanchement est constitué par un liquide rarement limpide, ordinairement floconneux, louche, assez souvent séro-sanguinolent, parfois mélangé d'une grande quantité de sang (*péricardite hémorrhagique*); fréquemment séro-purulent. Ce n'est que dans des cas rares qu'il est formé par un pus crémeux, grisâtre, verdâtre ou sanieux (observation de Blancard, citée plus haut). En même temps on trouve le péricarde revêtu, à l'intérieur, de fausses membranes qui tapissent ordinairement les deux feuillets, ou n'existent que sur l'un des deux (Louis), ou même une partie du cœur seulement. Dans un cas de ce genre que nous avons observé, elles ne recouvraient que l'oreillette droite.

Ces pseudo-membranes sont d'un blanc jaunâtre ou rougeâtre, imbibées de sang, tantôt minces, molles, faciles à détacher, tantôt plus épaisses, plus fermes, plus adhérentes. Elles présentent dans leur aspect et leur texture une particularité remarquable, et qui semble tenir aux mouvemens continuels et alternatifs du cœur : elles sont presque toujours réticulées, et alors elles en ont plusieurs fois imposé pour des érosions à la surface du cœur; cette disposition réticulaire imite quelquefois, par sa régularité, celle d'un gâteau de miel; ailleurs, elles sont ondulées comme le second estomac des ruminans, particulièrement sur la portion du péricarde qui revêt le cœur, où elles sont généralement plus épaisses; ou dis-

posées en végétation conique, tantôt courtes et rudes comme la surface d'une langue de chat, tantôt minces et allongées, et comparées, par quelques auteurs, à des poils, tantôt larges et aplaties, et donnant au cœur l'aspect d'un ananas ou d'une pomme de pin.

Quelquefois, à un examen attentif, on y distingue des rudimens ou du moins des apparences de vaisseaux sous forme de taches, de linéamens rouges, irréguliers.

Si la péricardite a duré peu de temps, et que les sujets succombent pendant la convalescence, ou après la guérison, on ne trouve plus que très peu de liquide, ou bien celui-ci a complétement disparu; les deux feuillets se sont mis en contact, et offrent des adhérences, le plus souvent générales, formées par un tissu celluleux ordinairement serré (ce qui en a quelquefois imposé pour une absence du péricarde), quelquefois partielles, et, dans ce cas, presque toujours sous forme de bandes, de lamelles, de filamens plus ou moins lâches, et dont Corvisart ignorait le mode de formation.

Parfois aussi, dans les cas où les fausses membranes n'ont existé que sur un ou plusieurs points du cœur, on ne trouve pas d'adhérences; et c'est à ces cas qu'il faut rattacher ces plaques dites *laiteuses*, que l'on rencontre assez fréquemment sur divers points de sa surface, sous forme de lamelles blanchâtres, opaques, irrégulières, de grandeur variable, de l'épaisseur de l'ongle, de consistance assez ferme, de structure cellulo-fibreuse, lisses à leur surface libre, assez adhérentes par leur face opposée, et que l'on peut le plus souvent détacher sans intéresser le péricarde, qu'on retrouve intact au-dessous d'elles.

Lorsque la résolution a tardé long-temps à se faire, et que la péricardite a passé à l'état chronique, on trouve, à l'ouverture des cadavres, un liquide ordinairement moins abondant, quelquefois puriforme, ailleurs, seulement trouble, lactescent, rarement mêlé de sang, et le plus ordinairement séreux, transparent.

En même temps, les fausses membranes sont d'ordinaire plus épaisses, plus fermes, plus adhérentes, offrant, dans certains cas, plusieurs couches, dont les unes, plus dures, adhèrent à la séreuse, et les autres, plus molles, sont plus superficielles. Dans quelques circonstances, il n'y a point ou presque

point de liquide, les fausses membranes qui tapissent les deux feuillets du péricarde sont juxta-posées, de manière à former une seule couche de plusieurs lignes d'épaisseur, de consistance fibreuse, ou plus dense encore, et d'apparence fibro-cartilagineuse. Parfois même on trouve dans cette couche des portions osseuses disposées sous forme de lames plus ou moins étendues, ou d'anneau entourant le cœur (Louis, *loc. cit.*), ou représentant une coque osseuse qui enveloppe ce viscère (Bouillaud). Dans quelques cas de péricardite à marche chronique dès leur début, on trouve dans ces fausses membranes des points d'un blanc jaunâtre, opaques, formés par des dépôts de matière tuberculeuse (*péricardite tuberculeuse*).

Indépendamment de ces diverses lésions du péricarde, le cœur, ordinairement à l'état sain, est quelquefois diminué de volume, comme si le liquide et les fausses membranes avaient produit une atrophie de cet organe analogue à celle que subit si souvent le poumon dans les pleurésies ; ailleurs ce viscère est hypertrophié, les cavités sont dilatées ; ou bien son tissu est en quelques points décoloré, comme macéré, quelquefois ramolli. Dans certains cas, sa membrane interne est rouge, surtout sur les valvules, et ses cavités contiennent des concrétions sanguines plus ou moins denses.

Souvent encore on trouve en même temps des collections de liquides dans les autres membranes séreuses, surtout dans la plèvre, et le poumon correspondant est plus ou moins comprimé, ou bien il est enflammé, parsemé de tubercules, etc.

La péricardite aiguë peut se déclarer dans le cours d'une autre affection, telle qu'une maladie du cœur, un rhumatisme articulaire, une inflammation de la plèvre ou du poumon ; d'autres fois elle survient chez des sujets bien portans. Elle débute le plus ordinairement, comme les autres phlegmasies thoraciques, par un frisson plus ou moins intense, qui peut se reproduire les jours suivans, et auquel succède une chaleur plus ou moins considérable. Quelquefois, mais très rarement, une ou plusieurs syncopes en marquent l'invasion. Ses phénomènes ultérieurs offrent de grandes variétés. Dans beaucoup de cas, surtout quand la péricardite est simple, la douleur manque complétement ; ou bien elle est sourde, légère ou n'est sentie que par intervalle. Chez d'autres sujets, il existe dans la région du cœur une douleur fixe, aiguë, poignante,

comparée par quelques malades à la constriction qu'on éprouve lorsqu'on est pressé dans une foule, par d'autres, à celle que produiraient, soit une griffe de fer, qui comprimerait le cœur, soit un étau qui rapprocherait le sternum du rachis. Souvent il s'y joint une sensation de chaleur, un sentiment d'anxiété pénible. Chez quelques sujets, cette douleur augmente par la pression sur la région du cœur; chez un plus grand nombre, elle s'exaspère par intervalles, au point de devenir presque intolérable, et se propage, par une sorte d'irradiation, dans tout le côté gauche du thorax, et même dans le bras correspondant.

Fréquemment le malade éprouve des palpitations plus ou moins violentes, pénibles, ordinairement intermittentes, et revenant par accès, surtout la nuit, sans cause appréciable, ou provoquées par les mouvemens, la toux, les émotions morales. Il s'y joint un sentiment d'oppression s'exaspérant aussi par intervalles, augmentant par l'action de parler, et qui oblige le malade à élever fortement les côtes dans l'inspiration, et quelquefois à se tenir presque assis dans son lit. Les mouvemens respiratoires s'accélèrent, se répètent de vingt-huit à trente fois par minute dans les cas simples, et s'élèvent quelquefois jusqu'à quarante et cinquante dans les cas compliqués. A la dyspnée, s'ajoute parfois une toux sèche, ou suivie de quelques crachats insignifians.

Les lipothymies, rares dans les péricardites simples, ont lieu surtout dans les cas compliqués, ou surviennent pendant la saignée. Chez un certain nombre de sujets, enfin, il se déclare en peu de jours un œdème borné aux membres inférieurs, ou général, une sorte d'hydropisie aiguë.

Lorsque la maladie a quelques jours de durée, et qu'il s'est formé dans le péricarde un épanchement un peu considérable, on peut constater un autre ordre de phénomènes fournis par l'exploration attentive de la région précordiale. Le premier dans l'ordre de développement, et le plus important de tous, consiste dans un son mat, obtenu par la percussion dans un espace variable. C'est à M. Louis que la science est redevable de ce signe précieux. L'étendue dans laquelle la région précordiale rend un son mat est ordinairement en rapport avec l'abondance de l'épanchement: elle augmente et diminue avec lui et s'étend quelquefois depuis le rebord des fausses côtes

inférieurement jusqu'à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de la clavicule. Un autre signe fort utile encore, mais qui ne se montre que plus tard, c'est une voussure plus ou moins manifeste de la région précordiale, occupant une étendue variable généralement proportionnée à la quantité du liquide accumulé, et s'élevant quelquefois jusqu'à la troisième ou même la deuxième côte. La main, placée sur la région du cœur, reconnaît que les battemens de cet organe, examinés comparativement pendant quelques minutes, n'ont plus lieu avec la même régularité, avec la même force, ni dans le même lieu. La distension du péricarde et le refoulement du poumon peuvent donner lieu à un autre phénomène perçu par l'auscultation, savoir, l'absence du bruit respiratoire à la région précordiale. Quant aux bruits du cœur, ils sont souvent déplacés, et d'ordinaire plus profonds, plus lointains; quelquefois à peine perceptibles. Leur rhythme reste assez souvent régulier; ailleurs il s'altère par intervalle, surtout après la toux, ou d'une manière constante, principalement dans les cas de complication d'une maladie du cœur : on les trouve alors inégaux, tumultueux.

Quelquefois il s'y joint un bruit de soufflet dont le mécanisme peut être variable, ou un bruit de frottement périphérique dû à la présence des fausses membranes. Ce dernier peut manquer pendant toute la durée de la péricardite si les fausses membranes sont partielles; il s'entend généralement vers le déclin de la maladie, lorsque l'épanchement diminue, et que les deux surfaces devenues rugueuses sont remises en contact, et frottent l'une sur l'autre dans les mouvemens du cœur. Ce frottement présente, du reste, diverses nuances: tantôt assez doux, tantôt imitant le *bruit de cuir neuf*, et parfois plus rude encore, selon l'épaisseur et la densité du produit morbide déposé sur le péricarde.

A ces phénomènes locaux se joint un appareil fébrile d'une intensité très variable. L'artère, dans quelques cas, donne à peine quatre-vingts pulsations; dans d'autres, elle dépasse cent dix et cent vingt battemens par minute. Médiocrement large dans la plupart des cas, le pouls est quelquefois plein, fort; ailleurs, petit, faible; ordinairement régulier dans les cas simples et dans l'état de calme, il devient assez souvent irrégulier, inégal par momens, surtout après la toux, pré-

sente parfois des intermittences passagères, ou des irrégularités permanentes, principalement dans les cas compliqués d'affection du cœur. La chaleur, modérément élevée d'ordinaire, devient quelquefois intense, sèche ou sudorale; chez un certain nombre de sujets, on voit survenir le refroidissement des extrémités.

Quand la phlegmasie est aiguë, intense, quand l'épanchement est considérable, et surtout quand la péricardite est compliquée d'une affection du cœur ou des poumons, le malade ne peut conserver la position assise. C'est dans ces cas aussi que l'on observe la *jactitation* signalée par quelques auteurs, et une altération particulière des traits, qui expriment alors une anxiété remarquable. Dans les derniers jours de la vie, le visage devient quelquefois blème ou bleuâtre, et présente les caractères du *facies hippocratique*.

La céphalalgie existe assez souvent au début, à des degrés variables; parfois il survient un délire passager, et le sommeil, troublé par des rêves pénibles, est fréquemment interrompu par des réveils en sursaut. Quant à l'état des forces, le plus ordinairement les malades sont contraints de garder le lit; cependant on a vu des individus continuer, avec plus ou moins de fatigue, leurs occupations pendant quelques jours après le début. La soif est généralement augmentée, l'appétit diminué, ou complétement aboli; rarement on observe des vomissemens ou de la diarrhée, et les urines sont, d'ordinaire, rares et fortement colorées comme dans les autres phlegmasies aiguës.

Les phénomènes de la péricardite, comme nous venons de le voir par l'exposé général qui précède, ne se trouvent pas toujours tous réunis, ou existent à des degrés très divers: il en résulte que la maladie se présente, même dans les cas simples, avec une physionomie assez variable, et sous des formes symptomatologiques assez différentes. Chez quelques sujets, l'oppression, la dyspnée, une toux sèche, une expression de souffrance et d'anxiété, un besoin fréquent de changer de position, et un appareil fébrile plus ou moins intense, sont les seuls symptômes qui caractérisent la maladie, au moins dans sa première période. Chez d'autres, la douleur précordiale constitue un phénomène remarquable. Ailleurs, le désordre des battemens du cœur ou bien encore les palpitations,

l'inégalité et l'irrégularité des contractions du cœur et des pulsations artérielles, ou bien leur suspension momentanée, avec des défaillances, des syncopes, l'apparition rapide d'un œdème plus ou moins considérable des membres inférieurs, donnent à la cardite une forme spéciale.

La péricardite se développe quelquefois d'une manière brusque, suit une marche rapide, et peut, dans des cas fort rares, à la vérité, et presque toujours compliqués, entraîner la mort dans l'espace de peu de jours ou même de vingt-quatre heures : une dyspnée croissante, un désordre de plus en plus considérable dans les battemens du cœur et des artères, des défaillances de plus en plus rapprochées, une suffocation imminente, une altération profonde de la physionomie, précèdent et annoncent cette terminaison funeste, qui survient quelquefois aussi d'une manière inopinée, et avant que rien ait pu la faire craindre, au moins prochainement.

Ailleurs, le développement de la maladie s'opère avec lenteur; elle peut même débuter sans frisson par un simple malaise qui augmente progressivement; et ce n'est qu'après plusieurs jours que ses symptômes commencent à se dessiner. Cette forme de la maladie, que l'on a désignée par l'épithète de *subaiguë*, peut se prolonger pendant vingt et trente jours, et même au-delà. A part ces cas extrêmes, les péricardites simples, qui se terminent d'ordinaire heureusement, commencent à décroître du dixième au douzième jour, ce qui se révèle particulièrement par le retour progressif de la sonorité dans la région précordiale, et par la diminution des troubles fonctionnels et de la fièvre : leur durée moyenne jusqu'à la résorption complète du liquide est de quinze à vingt jours. Quand l'épanchement est considérable, la décroissance commence quelques jours plus tard, et la maladie n'est terminée généralement qu'au bout d'un mois ou de six semaines. Parfois on observe dans son cours quelques recrudescences qui troublent sa marche et prolongent sa durée.

La mort était regardée autrefois comme la terminaison la plus ordinaire de la péricardite ; quelques médecins pensaient même que cette affection était constamment mortelle. Mais l'on sait aujourd'hui qu'il n'en est point ainsi, et que, dans une très grande proportion des cas, la péricardite se termine heureusement. C'est ce que démontre l'observation clinique,

appuyée sur une connaissance plus précise de la maladie; c'est ce que prouve aussi, d'une manière incontestable, l'anatomie pathologique : les plaques blanches que l'on rencontre si souvent à la surface du péricarde, et surtout les adhérences de ses deux feuillets, sont des témoins aussi sûrs d'une péricardite antérieure, que le sont les adhérences de la plèvre relativement à la pleurésie.

Dans la plupart des cas, ces adhérences ne donnent lieu à aucun trouble dans les fonctions du cœur, et rien avant l'ouverture du cadavre ne fait soupçonner leur présence. Quelques auteurs cependant ont prétendu qu'elles étaient la cause de plusieurs accidens graves, tels qu'un tiraillement douloureux dans la région du cœur, des palpitations obscures, profondes, et comme avortées, de l'oppression, des syncopes fréquentes, un pouls habituellement accéléré, petit, irrégulier, et une disposition à l'hydropisie. Corvisart lui-même partageait cette opinion en admettant que l'adhérence totale du cœur, ou péricarde, est nécessairement accompagnée d'un déréglement tel dans les fonctions de cet organe, que la mort en est la suite inévitable. Burns avait admis que dans les mouvemens alternatifs de systole et de diastole, ces adhésions du cœur avec le péricarde, en soulevant le diaphragme, et en le refoulant tour à tour, donnaient lieu à des pulsations perçues par la main appliquée à la région épigastrique. D'autres ont avancé après lui que, par suite du déplacement du diaphragme, les adhérences pourraient être constamment reconnues à une dépression et à une saillie alternatives appréciables sous les fausses côtes gauches. Dans quelques cas, rares il est vrai, il serait possible d'observer un autre phénomène dont M. Barth a signalé un exemple (*Arch. génér. de méd.*, 1835), savoir : une dépression à la région précordiale, dont l'affaissement pourrait se produire, après la résorption des épanchemens abondans du péricarde, par un mécanisme semblable à celui qui donne lieu au rétrécissement du côté malade, à la suite de la pleurésie.

Le diagnostic de la péricardite était considéré autrefois comme très obscur. Bayle aimait à dire, lorsqu'il rencontrait les signes rationnels de cette maladie, qu'il *pourrait bien y avoir là une péricardite, s'il n'en avait pas le soupçon.* Laennec lui-même croyait qu'on ne pouvait que la *deviner*. Il devait en

être ainsi avant la connaissance des signes précieux fournis par l'application plus exacte des diverses méthodes physiques d'exploration. Nous avons vu, en effet, que les symptômes fonctionnels de la péricardite sont très variables : la plupart d'entre eux peuvent manquer ou être dus à d'autres affections aiguës ; l'accélération des battemens du cœur, phénomène commun à toutes les maladies fébriles, est tout-à-fait insuffisante pour faire reconnaître l'inflammation du péricarde. Il en est à peu près de même de l'oppression qui accompagne toutes les maladies du thorax, et de l'altération des traits que l'on observe dans beaucoup d'autres. Cependant, lorsque ces trois symptômes se montrent réunis chez un malade, et que l'examen attentif de toutes les fonctions, et l'exploration de la poitrine par la percussion et l'auscultation, conduisent à conclure qu'il n'existe ni pleurésie, ni pneumonie, le médecin est amené, par voie d'exclusion, à soupçonner une péricardite. Ce diagnostic devient plus certain, s'il s'y joint une douleur précordiale vive et survenue brusquement chez un sujet bien portant.

Des palpitations revenant par accès, sous forme de battemens inégaux, irréguliers, chez des sujets dont le pouls était précédemment régulier, des défaillances, des syncopes survenant au début ou dans le cours d'une maladie aiguë, à une époque encore éloignée de l'agonie, ne laissent guère de doute sur l'existence d'une inflammation du péricarde. De même encore une grande disproportion entre la féquence des pulsations artérielles et les autres symptômes de la maladie, telle que la lenteur du pouls jointe à une chaleur fort élevée, à l'oppression, à l'anxiété, ou bien une fréquence extrême du pouls, jointe à une chaleur médiocre, et à d'autres symptômes généraux peu intenses, m'ont fait quelquefois soupçonner l'existence d'une péricardite que l'ouverture du corps a confirmée. Enfin l'apparition presque subite, au début ou dans le cours d'une maladie aiguë, de phénomènes qui appartiennent d'une manière spéciale aux affections organiques du cœur, tel qu'un œdème survenant rapidement aux extrémités, doit naturellement conduire le médecin à soupçonner l'existence d'une péricardite.

Mais l'étude des seuls désordres fonctionnels serait souvent insuffisante si le médecin ne trouvait dans l'exploration mé-

thodique de la région du cœur des moyens plus sûrs de fixer son opinion : la voussure et la matité de la région précordiale, l'absence du bruit respiratoire, et l'éloignement des bruits du cœur sont ici d'un grand secours, quand l'inflammation a donné lieu à un épanchement de quelque importance. Or, cet épanchement est un des caractères les plus ordinaires de la maladie, et il a généralement assez de durée pour ne pas échapper à un observateur attentif. Il en résulte que la péricardite ne pourrait guère être méconnue que lorsqu'elle est légère, et avec très peu de liquide épanché : dans le cas où la collection séreuse aurait déjà diminué, les divers bruits de frottement sont encore des signes de beaucoup de valeur.

Du reste, la péricardite ne saurait guère être confondue qu'avec une pleurodynie ou une pleurésie du côté gauche ; mais l'absence de fièvre et la mobilité de la douleur, dans le premier cas ; et dans le second, la toux sèche et les signes ultérieurs d'épanchement dans les parties déclives de la plèvre, suffisent généralement pour éloigner le doute. Quelques médecins ont pensé qu'un épanchement partiel dans la portion de la plèvre qui correspond à peu près à la région précordiale pourrait simuler une péricardite ; et, en effet, la distinction de ces deux maladies serait fort difficile. Mais je ne sache pas que jamais semblable épanchement partiel ait été observé dans la plèvre ; pour ma part, je n'en ai jamais rencontré. Les épanchemens pleurétiques partiels se montrent à peu près constamment dans les parties déclives du thorax. On doit s'abstenir de créer des difficultés théoriques de diagnostic : l'infinie variété des maladies, dans leurs formes connues, n'en fournit déjà que trop.

L'erreur serait peut-être plus facile dans le cas où la péricardite se développerait en même temps qu'une inflammation de la plèvre ou du poumon, ou bien dans le cours d'un rhumatisme articulaire, parce que les symptômes ordinaires de la maladie qui nous occupe, la dyspnée, la fièvre, et, jusqu'à un certain point, l'expression de souffrance, peuvent être rapportés à l'une ou à l'autre de ces affections, et qu'il n'est pas naturel de soupçonner une autre phlegmasie, lorsque celle qu'on a clairement reconnue peut assez bien rendre raison de tout ce que le malade éprouve ; toutefois l'observation atten-

tive des symptômes doit mettre le médecin en garde contre ce genre d'erreur, et lui fournir au moins quelques soupçons sur l'existence de la péricardite. La physionomie offre, dans cette dernière, une expression d'anxiété, d'inquiétude qu'elle ne présente ni dans les autres phlegmasies thoraciques, ni dans le rhumatisme. Lorsque l'inflammation du péricarde s'est développée consécutivement, le changement survenu d'un jour à l'autre dans les traits du malade échappe difficilement à un œil exercé, et si l'affection première n'a point augmenté de violence, le médecin est conduit à supposer, et, par conséquent, à rechercher quelque complication : l'irrégularité du pouls, qui survient à une époque où le malade conserve un certain degré de force, et qui persiste ou reparaît à de courts intervalles, pendant plusieurs jours, est, dans la fièvre rhumatismale, comme dans la pleuro-pneumonie, un signe presque certain de la complication dont nous parlons. Une oppression considérable qui survient dans le cours d'un rhumatisme aigu, et qui n'est liée, ni à une douleur intense des muscles thoraciques, ni à l'existence d'une inflammation de la plèvre ou du poumon, doit conduire à soupçonner la même complication. Il est à peine nécessaire de rappeler que les palpitations, les battemens tumultueux dans la région du cœur, les défaillances seraient ici, comme dans la péricardite simple, des signes diagnostics très importans. Enfin l'examen réitéré par la percussion, et l'auscultation de la partie antérieure de la poitrine, dissiperaient le plus souvent toute espèce de doute.

La péricardite est certainement une maladie sérieuse; cependant le pronostic est moins grave qu'on ne le croyait autrefois, et l'on en trouve la preuve dans les traces nombreuses que l'on rencontre de cette affection, chez des sujets morts d'autres maladies aiguës ou chroniques : ici encore il faut bien distinguer les péricardites franches de celles qui sont accompagnées de quelque autre affection, telle qu'une maladie organique du cœur, une pneumonie étendue, etc. L'expérience démontre, en effet, que les péricardites simples guérissent le plus ordinairement, tandis que la mort a souvent lieu dans les cas compliqués.

Mais si la péricardite guérit, ne peut-elle avoir pour le malade des suites plus ou moins fâcheuses? Sous ce point de vue encore, le pronostic était considéré jadis comme très grave, et

l'on voyait dans la péricardite l'origine de diverses affections chroniques, parmi lesquelles J. Frank signale l'hypertrophie, les dilatations du cœur, etc. Les adhérences du péricarde étaient aussi regardées comme la source d'accidens graves, tels que des palpitations, des syncopes, dont la mort pouvait être la conséquence. Mais ces craintes sont certainement exagérées : il n'est pas rare de voir des individus ne conserver aucun malaise après la guérison d'une péricardite; et l'on trouve assez souvent, à l'autopsie, des adhésions intimes des deux feuillets du péricarde chez des sujets qui n'avaient présenté aucun trouble de la circulation, ni des fonctions respiratoires.

Lorsque l'examen attentif d'un malade a conduit à soupçonner, et à plus forte raison à reconnaître l'existence d'une péricardite aiguë simple ou compliquée, on doit généralement recourir aux saignées générales et locales. Les saignées sont ici doublement indiquées par la nature inflammatoire de la maladie, et par le besoin de diminuer le travail du cœur; aussi doit-on, au début de la péricardite, les faire aussi abondantes et aussi rapprochées que le permet l'état des forces. Dans l'épidémie de Rocroy, dont il a été question précédemment, les saignées étaient répétées jusqu'à quatre et cinq fois avec avantage, à des intervalles de quelques heures seulement. Il est bon d'y joindre l'application de sangsues ou de ventouses scarifiées sur la région du cœur, qu'on couvre ensuite de cataplasmes émolliens. Des pédiluves irritans, des sinapismes aux membres inférieurs ont aussi de bons effets. Les boissons fraîches, émulsionnées, ou acidulées, sont indiquées spécialement. Du reste, une abstinence complète, un repos absolu, le calme parfait de l'âme, sont des moyens rigoureusement nécessaires dans une affection que la précipitation des mouvemens du cœur ne manquerait pas d'exaspérer.

Dans le but de ralentir cette accélération des battemens du cœur, comme aussi dans celui de favoriser la sécrétion urinaire, on a conseillé et employé les préparations de digitale pourprée. Mais l'effet sédatif de ce médicament est peu marqué dans les phlegmasies aiguës, et on ne l'observe, en général, dans les maladies apyrétiques elles-mêmes, qu'après un usage de plusieurs jours. Quelques auteurs ont encore vanté le calomel donné à petites doses fractionnées. Lorsqu'on a tiré autant de

sang que la prudence permet de le faire, on a recours, comme dans la pleurésie, à l'application d'un vésicatoire sur la région précordiale, où il doit être entretenu plus ou moins long-temps selon l'intensité et l'opiniâtreté de l'inflammation. Dans les cas où l'oppression des forces est considérable, on a proposé de recourir au musc et au camphre. Mais l'action de ce médicament est trop incertaine et trop variable pour qu'on puisse, dans l'état actuel de la science, lui accorder beaucoup de confiance. On satisfait, du reste, aux indications fournies par les causes occasionnelles de la maladie, par les complications, etc.

Quand la péricardite se prolonge au delà du quinzième ou vingtième jour, on doit se relâcher sur la sévérité de la diète, et accorder au malade quelques bouillons; si elle passe à l'état chronique, on modifie le traitement en conséquence.

Péricardite chronique. — L'inflammation chronique du péricarde peut se présenter sous cette forme dès son début: c'est ce qu'on observe, surtout quand elle est tuberculeuse; d'autres fois, elle succède à la péricardite aiguë, dont les symptômes s'amendent sans disparaître complétement.

Le malade, dans ces cas, peut se lever, prendre et digérer quelques alimens; le plus souvent il n'accuse aucune sensation pénible dans la région du cœur; dans quelques cas néanmoins il y éprouve ou continue d'y ressentir de la douleur ou tout au moins de la gêne; presque toujours la poitrine est oppressée, la respiration est courte, accélérée. Les pulsations des artères, comme celles du cœur, sont irrégulières et inégales, quelquefois seulement très fréquentes; la percussion pratiquée fait entendre un son mat, s'il existe un épanchement dans le péricarde; et soit que l'on applique la main, soit qu'on écoute avec le cylindre, on constate des battemens du cœur, ou plus forts ou plus faibles que dans l'état normal, souvent inégaux et irréguliers, et ces bruits sont parfois accompagnés ou obscurcis par divers bruits de frottement. La chaleur fébrile est peu intense, la face est pâle, quelquefois bouffie; les lèvres sont parfois violacées, les membres souvent infiltrés.

Cette affection offre, en général, dans son cours des alternatives de rémission et d'exacerbation; aussi plusieurs fois, avant la terminaison définitive, les personnes qui entourent le malade croient-elles, ou qu'il entre en convalescence, ou qu'il

va succomber. La durée de la péricardite chronique peut varier depuis six semaines jusqu'à deux et trois mois. Sa terminaison est souvent fâcheuse; la mort a quelquefois lieu d'une manière inopinée; mais tout porte à croire que, comme la péricardite aiguë, elle guérit dans un certain nombre de cas.

Quant au diagnostic, il est souvent obscur, surtout lorsque la péricardite chronique est compliquée de quelque autre maladie des organes contenus dans la poitrine: on pourrait la confondre avec l'hydropéricarde et la dilatation du cœur; mais l'hydropéricarde n'a guère lieu que dans les cas d'hydropisie générale du tissu cellulaire et des membranes séreuses. Quant à la dilatation des cavités, elle a d'abord une marche plus lente, et présente ensuite un accroissement plus régulier dans les symptômes; d'ailleurs, le son de la région précordiale est moins mat, et les bruits du cœur sont plus clairs et plus sonores que dans la péricardite avec épanchement; et les bruits de frottemens, particuliers à cette dernière affection, lèveront, quand ils existent, tous les doutes.

Le principal moyen de traitement qu'on oppose à la péricardite chronique, est l'application d'un large vésicatoire sur la région du cœur, où il doit être entretenu, et, au besoin, renouvelé, jusqu'à la terminaison de la maladie. Un cautère, un moxa, ou mieux encore un séton, peuvent et doivent être essayés dans les cas où le vésicatoire a été entretenu quelques semaines sans succès. On pourrait aussi employer concurremment les frictions mercurielles, qui, plusieurs fois, ont paru produire des effets avantageux dans les inflammations chroniques du péritoine ou des plèvres. On doit, enfin, comme dans tous les cas où l'on se propose de favoriser la résorption d'un fluide épanché, chercher à augmenter d'autres sécrétions, et particulièrement celle de l'urine par l'usage de boissons abondantes, fraîches et nitrées, et celle de la membrane muqueuse intestinale par de doux laxatifs administrés à des intervalles convenables. On recommande au malade de garder un repos sinon absolu, du moins presque complet; on s'efforce d'éloigner de lui toute émotion vive dont l'effet porterait immédiatement sur l'organe affecté; on lui permet quelques alimens doux et de digestion facile, de manière à soutenir les forces, sans produire l'accélération du cours du sang qui accompagne une digestion laborieuse. CHOMEL.

TRÉCOURT. *Observations sur une maladie singulière*. Dans *Journ. de méd. chir.*, 1755, t. III, p. 458.

LEMAZURIER (M. J.). *Diss. sur la péricardite*. Thèse. Paris, 1810, in-4°.

BOUILLIER (J. C.). *Diss. sur la difficulté du diagnostic de la péricardite*. Thèse. Paris, 1812, in-4°.

STIEBEL. *Monographia carditis et pericarditis acutæ*. Francfort, 1818, in-4°.

FOLCHI (G.). *Riflessioni sulla diagnosi della carditide e pericarditide*. Dans *Opusc. scientif. de Bologne*, 1818, t. III. Extrait dans *Arch. gén. de méd.*, t. VI, p. 282.

ESCALLIER (E. A.). *Essai sur la péricardite*. Thèse. Paris, 1819, in-8°.

PETRENZ (C. L.). *De pericarditis pathologia. Diss. inaug. med.* Leipzig, 1822, in-4°.

SANDER. *Remarques sur le diagnostic du péricarde au cœur*. Dans *Arch. gén. de méd.*, 1823, t. I, p. 153.

LOUIS (P. Ch. A.). *Mémoire sur la péricardite*. Dans *Revue méd.*, janvier 1824. Réimpr. dans *Mém. et recherches anat.-path.* Paris, 1826, in-8°.

LATHAM (P. M.). *Clinical history of inflammation of the pericardium*. Dans *Med. gaz. of Lond.*, 1829, t. III, p. 209.

DAVIS (J. F.). *A second inquiry respecting pericarditis or rheumatism of the heart*. Bath, 1832, in-12.

STOKES (W.). *Researches on diagnostic of the pericarditis*. Dans *Dublin journ. of med. sc.*, 1833. Extr. dans *Arch. gén. de méd.*, 2e sér., t. IV, p. 110.

HACHE. *Mémoire sur la péricardite*. Dans *Arch. gén. de méd.*, 1835, 2e sér., t. IX, p. 172, 318.

DESCLAUX (N. Th). *Essai sur la péricardite aiguë*. Thèse. Paris, 1835, in-4°.

MAYNE (Rob.). *Mem on pericarditis*. Dans *Dublin journ. of med. sc.*, 1836, n° 20. Trad. dans *Arch. gén. de méd.*, 2e sér., t. X, p. 66.

BOUILLAUD (J.). *Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu en général, et spécialement sur la loi de coïncidence de la péricardite et de l'endocardite avec cette maladie, etc.* Paris, 1836, 2e édit., 1840, in-8°.

Un grand nombre de dissertations ont été présentées à la Faculté de médecine de Paris sur la péricardite, particulièrement en 1835, 36, 37, par suite des travaux cliniques du professeur Bouillaud sur cette maladie. Voyez, en outre, les principaux traités de maladies du cœur. R. D.

PERINEE. § Ier. ANATOMIE. — On donne le nom de *périnée* à une région qui constitue la paroi inférieure du bassin, et qui est limitée latéralement par la face interne de la racine des cuisses ; elle est traversée de haut en bas par le rectum, dans

les deux sexes : chez la femme, par le canal vulvo-utérin et l'urèthre; chez l'homme, on trouve dans son épaisseur les vésicules séminales, la prostate, et une partie du canal urinaire, outre des muscles, des aponévroses, des nerfs et des vaisseaux, qui existent aussi chez la femme. Des anatomistes divisent cette région en deux parties, au moyen d'une ligne qui passerait transversalement d'une tubérosité sciatique à l'autre, et, réservant exclusivement le mot de *périnée* pour l'espace qui serait en avant de cette ligne, donnent le nom de *région anale* à celui qui est placé en arrière. Il faut bien reconnaître que cette limitation est conventionnelle : aucune raison décisive ne porte à préférer l'une ou l'autre acception; et ici, comme dans la détermination de plusieurs autres régions du corps, c'est l'intention chirurgicale, plutôt que l'anatomie elle-même, qui pose la limite. On peut, d'ailleurs, trancher la discussion, en admettant, avec M. Velpeau, la région *ano-périnéale*.

L'étude anatomique du périnée est d'une grande utilité pour le chirurgien, car, outre que cette région est le siége d'un nombre considérable de maladies, c'est à travers elle qu'on doit pénétrer pour atteindre la vessie, la prostate, une portion de l'urèthre, ou le rectum; son importance est surtout grande chez l'homme, à cause des nombreux procédés de taille périnéale qui peuvent être pratiqués sur lui. Me conformant à un usage généralement et judicieusement suivi, je considérerai à part le périnée de *l'homme* et celui de la *femme*.

Périnée de l'homme. — On a déjà vu une division de l'espace périnéal en deux parties, au moyen d'une ligne transversale qui, allant d'une tubérosité sciatique à l'autre, passerait au devant du rectum. Il faut en admettre une autre non moins importante, et qui sépare la région en deux moitiés exactement égales : l'une à droite et l'autre à gauche ; elle est indiquée à la peau par le *raphé*, qui s'étend de la face inférieure du pénis jusqu'au devant de l'anus. C'est par un de ces côtés, le gauche, que pénètre l'instrument dans la plupart des procédés de taille périnéale latérale ou latéralisée. La région est comprise dans une ceinture osseuse; limitée à l'extérieur par la peau, bornée profondément par les deux muscles releveurs de l'anus, et par l'aponévrose supérieure ou pelvienne, elle contient dans son épaisseur un grand nombre de parties.

La ceinture osseuse, ou le *squelette*, n'est autre chose que le détroit inférieur du bassin. Elle est formée, en haut et en avant, par la symphyse du pubis; sur les côtés, par les branches ischio-pubiennes, et les tubérosités sciatiques; en arrière, par la pointe du coccyx. D'une figure losangique en apparence, elle est rendue ovalaire par la disposition des ligamens sacro-sciatiques, et la grosse extrémité de l'ovale est dirigée en arrière. C'est en décrivant la prostate que nous dirons quel est l'écartement de l'arc osseux représenté par les pubis et les ischions. Je dirai seulement ici qu'on trouve d'une tubérosité à l'autre, dans l'état ordinaire, trois pouces à peu près. Le diamètre osseux, antéro-postérieur, de la symphyse pubienne au coccyx, donne également trois pouces; mais il est susceptible de varier un peu par la mobilité du coccyx, tandis que le premier est fixe. On rencontre accidentellement des périnées sur lesquels le diamètre transversal est fort étroit. Ainsi, M. P. Robert dit avoir vu, sur le cadavre d'un militaire mort au Val-de-Grâce, les branches ischio-pubiennes écartées de six lignes seulement (*Journ. des progrès*, t. VIII, p. 200).

A. *Peau et couche sous-cutanée.*— La peau se continue en haut avec le scrotum, sur les côtés et en bas avec la peau des cuisses et de la fesse: sur son milieu on voit le raphé, qui, avons-nous déjà dit, divise l'espace en deux triangles égaux. Lorsque les cuisses sont rapprochées, la largeur du périnée est presque nulle à l'extérieur; et comme, dans la marche, les parties droite et gauche sont en contact, il en résulte des frottemens douloureux, lorsque les poils, après avoir été rasés, commencent à repousser. Il y a dans l'épaisseur de la peau des follicules sébacés nombreux qui sécrètent un liquide destiné à humecter et à assouplir le tégument. En arrière, autour de l'anus, elle est froncée, et s'unit avec la muqueuse du rectum.

La couche *sous-cutanée*, qui est d'un tissu cellulaire lâche, permet à la peau du périnée de glisser facilement, d'où la nécessité, quand on veut l'inciser, de la tendre préalablement: c'est elle aussi qui rend la peau souple et extensible, et qui lui permet de se laisser distendre par des tumeurs ou par les tenettes chargées d'un calcul volumineux; mince et très-déliée à la partie antérieure du périnée, et se continuant en ce point avec le fascia superficialis du scrotum, elle permet encore à l'urine, au pus, ou au sang, de s'infiltrer promptement

dans les bourses; mais sur les côtés et en arrière, elle est plus filamenteuse et plus épaisse, et, en outre, chargée de cellules adipeuses qui forment un coussinet graisseux, dont l'épaisseur est variable, et qui augmente quelquefois considérablement la profondeur du périnée. Au-dessous du sphincter externe de l'anus, elle manque presque complétement, et le muscle s'insère en partie à la peau; sur les côtés de l'anus, elle reparaît lâche et abondante, s'enfonce dans l'intérieur du bassin, sous le muscle grand fessier, entre le releveur de l'anus et l'obturateur interne, remplissant l'excavation qui se trouve entre ces deux muscles, et remonte en arrière autour de la fin du rectum pour se continuer avec le tissu cellulaire du bassin. Il ne faut pas oublier que cette couche sous-cutanée n'est, en réalité, qu'un tissu cellulaire à mailles plus ou moins serrées, qui, dans la région périnéale proprement dite, se confond, par sa face supérieure, avec l'aponévrose inférieure du périnée. En général, cette couche cellulaire est plus condensée sur la ligne médiane que sur les côtés; mais néanmoins, dit M. Velpeau, elle peut encore permettre aux liquides infiltrés à droite de se porter à gauche, et réciproquement.

B. *Aponévroses.* — Elles ont été étudiées successivement par Camper, M. Colles, Dupuytren, MM. Carcassonne, Blandin, Bouvier, Velpeau, Denonvilliers. J'emprunterai une grande partie de ma description à ce dernier anatomiste (thèses de Paris, 1837, nº 285). Pour étudier les aponévroses, il faut considérer isolément la portion postérieure du périnée, ou *anale*, et la portion antérieure, ou *périnée proprement dit.*

En les suivant dans leur trajet, je serai nécessairement obligé de parler des divers organes situés dans le périnée, car elles limitent des loges où sont contenus ces organes eux-mêmes. M. Denonvilliers a rendu simple et facile la description, d'ailleurs compliquée de toutes ces aponévroses, en démontrant que les muscles, la prostate, l'urèthre, sont enfermés dans une enveloppe aponévrotique plus ou moins lâche ou résistante.

Aponévroses de la région anale. — Le rectum occupe le centre de la région, et se termine au devant du coccyx. A sa droite et à sa gauche se trouvent deux feuillets (aponévrose *ischio-rectale*) : l'un placé en dedans par rapport à l'autre, feuillet *rectal* de M. Velpeau, tapisse la face inférieure du muscle releveur de l'anus, et remonte en haut et en dehors jusqu'à l'at-

tache de ce muscle à la partie postérieure du corps du pubis; l'autre feuillet, *ischiatique* de M. Velpeau, tapisse la face interne du muscle obturateur interne, se fixe en bas sur le grand ligament sacro-sciatique, et s'unit au feuillet rectal, au-dessus du sphincter, au niveau du muscle transverse du périnée et du coccyx. Considérés ensemble, ils figurent un espace triangulaire *ischio-rectal*, dont le sommet serait en haut, à l'attache du muscle releveur au pubis, et qui s'écarterait en bas sur les côtés du rectum. C'est dans cet espace, borné en dehors par le muscle obturateur interne et l'ischion, en dedans, par le releveur de l'anus et le rectum, qu'existe une grande quantité de graisse; il est traversé par les vaisseaux et nerfs hémorrhoïdaux inférieurs. Le feuillet ischiatique est beaucoup plus dense et résistant que le rectal, lequel même, en approchant de sa partie moyenne, se résout en tissu cellulaire graisseux, et n'est plus aponévrotique. On peut expliquer par là comment les abcès de l'excavation ischio-rectale peuvent remonter assez haut autour du rectum, et dénuder cet intestin.

Aponévroses de la région périnéale proprement dite. — Leur disposition est ici beaucoup plus compliquée : on les a généralement divisées en trois plans : *inférieur, moyen, supérieur;* mais cette division est un peu artificielle, car les trois plans superposés sont entrecoupés par d'autres lames qui vont perpendiculairement de l'un à l'autre plan.

Aponévrose dite supérieure ou pelvienne. — Pour la suivre complétement, nous sommes obligé de faire remarquer qu'elle s'étend à la fois à la région antérieure et à la région postérieure ou anale du périnée. Ce n'est pas un simple feuillet aponévrotique qui ferme le bassin à sa partie inférieure, c'est une réunion d'aponévroses, quatre de chaque côté, qui tapissent chacune un muscle : 1° Une aponévrose pour le muscle obturateur interne, laquelle s'insère sur les côtés de la symphyse pubienne, sur la circonférence du détroit supérieur du bassin, sur la portion de l'os iliaque qui limite en avant la grande échancrure sciatique, et sur l'épine ischiatique, sur le bord inférieur du grand ligament sacro-sciatique, et sur les branches ischio-pubiennes. 2° Une aponévrose pour le muscle pyramidal, insérée en arrière, au devant des trous sacrés antérieurs; en avant, sur l'aponévrose précédente; en bas, sur le bord supérieur du petit ligament sacro-sciatique. Cette

lame offre deux échancrures, une pour le passage des vaisseaux et nerf fessiers, l'autre pour le passage des nerfs et vaisseaux sciatiques. 3° L'aponévrose du muscle ischio-coccygien est mince, presque celluleuse, et a la direction de ce muscle. 4° Quant à l'aponévrose du releveur de l'anus, je l'ai déjà en partie décrite précédemment : fixée en haut et en dehors sur celle du muscle obturateur interne, elle s'en écarte en bas et en dedans pour s'unir sur la ligne médiane à celle du côté opposé, entre le rectum et le coccyx. Je n'ai plus qu'à ajouter maintenant qu'elle se perd sur les côtés de la prostate. Il résulte donc de cette description, qui appartient à M. Denonvilliers, que quatre aponévroses ferment en bas le bassin : n'oublions pas que celles des muscles obturateur interne et releveur de l'anus appartiennent seules à la partie antérieure du périnée.

En outre, à la partie antérieure de toute cette aponévrose supérieure ou pelvienne, il y a deux faisceaux fibreux dirigés d'avant en arrière, et allant de la face postérieure des pubis à la prostate : ce sont les *ligamens antérieurs de la vessie*. Entre ces deux plans fibreux est un intervalle de huit à dix lignes, dans lequel est tendue une lame résistante, quoique mince, déprimée en forme de godet, et criblée de trous par où passent les veines qui se rendent du dos de la verge au bas-fond de la vessie. C'est cette lame qui complète le plan fibreux supérieur du périnée, et on pourrait, avec M. Denonvilliers, l'appeler *pubio-prostatique*.

Aponévrose dite *moyenne*, ou *plan moyen* (*aponévrose moyenne* de M. Blandin, *ligament* de Carcassonne, *ligament triangulaire* de Colles, *aponévrose ano-pubienne* de M. Velpeau). — Elle est tendue au-dessous et en arrière de la symphyse du pubis entre les branches ischio-pubiennes; on peut la diviser en deux couches : une *inférieure*, qui, passant au-dessus des muscles ischio et bulbo-caverneux, est renforcée par une expansion aponévrotique commune à ces muscles; elle se prolonge sur le bulbe de l'urèthre, qui se trouve ainsi fixé et enclavé dans l'aponévrose (M. Denonvilliers), et se replie en arrière pour se continuer avec l'aponévrose superficielle du périnée; une *supérieure* qui, dans sa partie moyenne, atteint le rectum, et, dans ses deux moitiés latérales, se replie sur les muscles transverses du périnée, pour se continuer avec la couche inférieure,

comme celle-ci le faisait avec l'aponévrose superficielle, d'où il résulte que ces trois lames s'unissent en arrière du muscle transverse. Entre les deux couches de l'aponévrose moyenne se trouve un certain nombre de fibres musculaires, dont la disposition est peu constante : ce sont, transversalement, quelques fibres du muscle transverse, d'avant en arrière, de petits faisceaux provenant du sphincter anal, ou même du rectum. Ces trousseaux sont enfermés chacun dans un étui fibreux isolé, et les antérieurs vont s'épanouir sur le bulbe de l'urèthre. Cette même couche musculaire est traversée par les artères *honteuse interne* et *bulbeuse*, et par les veines et les nerfs satellites : on y trouve encore les *glandes de Cooper*.

Aponévrose dite *inférieure*, ou *plan inférieur* (aponévrose superficielle du périnée, feuillet *ano-pénien* de M. Velpeau). — Elle est située au-dessus de la couche sous-cutanée, avec laquelle il ne faut pas la confondre, au-dessous des muscles bulbo et ischio-caverneux, s'enfonçant même entre ceux-ci, et au-dessous du bulbe de l'urèthre et de la racine des corps caverneux. A ces diverses parties, elle forme des gaînes enveloppantes qui se confondent et se réunissent en avant autour du pénis; insérée latéralement sur les branches de l'ischion et du pubis, elle se continue en arrière avec les deux feuillets de l'aponévrose ischio-rectale.

Outre ces trois plans aponévrotiques, il en est d'autres qui ne sont plus superposés, mais situés différemment.

Plan fibreux latéral, ou *aponévrose latérale de la prostate*, ou *pubio-rectale*. — «Cette aponévrose épaisse et résistante peut être partagée en deux portions contiguës l'une à l'autre : la première, horizontale, se confond par sa face inférieure avec la lame supérieure du ligament de Carcassonne, et, par son autre face, est contiguë au bord inférieur du muscle releveur de l'anus, qui glisse sur elle sans lui adhérer ; la seconde portion, verticale, irrégulièrement quadrilatère, s'étend, des côtés de la symphyse du pubis, où elle s'implante, jusqu'au rectum, sur les parties latérales duquel elle se prolonge : de haut en bas elle est tendue entre l'aponévrose périnéale supérieure et l'aponévrose moyenne, ou ligament de Carcassonne; insérée sur la première, elle descend de là perpendiculairement sur l'autre, avec laquelle elle se confond; par sa face externe elle est en rapport avec le releveur de l'anus;

sa face interne est séparée de la portion membraneuse de l'urèthre par le muscle de Wilson, et reçoit l'implantation de quelques fibres de ce muscle; elle s'applique ensuite sur la prostate, et lui est unie par un tissu cellulaire dense et serré, dans l'épaisseur duquel rampent les veines nombreuses qui entourent la prostate» (thèse de M. Denonvilliers, p. 20). En nous rappelant tous les plans fibreux que nous avons vus jusqu'ici, on voit : 1° que la prostate, limitée sur les côtés par son aponévrose latérale, est, en outre, fixée entre les aponévroses supérieure et moyenne du périnée; 2° que la portion membraneuse de l'urèthre est logée dans une sorte de caisse aponévrotique formée, en haut, par la lame étendue entre les deux ligamens pubio-prostatiques, en avant, par la symphyse du pubis et son ligament triangulaire, en bas, par l'aponévrose périnéale moyenne, en arrière, par la face antérieure de la prostate, et, sur les côtés, par l'aponévrose latérale de cette glande.

Aponévrose prostato-péritonéale. — Elle est placée entre les vésicules séminales, qui sont au-dessus, et le rectum, qui est au-dessous, et s'étend de la prostate au cul-de-sac péritonéal interposé entre la vessie et le rectum : c'est elle qui fixe le péritoine dans ce cul-de-sac : «Des deux côtés elle se continue avec le tissu cellulaire serré qui entoure le plexus veineux du bas-fond de la vessie; par son bord antérieur, elle se perd sur l'extrémité la plus reculée de la prostate; par son bord postérieur, elle adhère à cette portion du péritoine qui descend entre la vessie et le rectum; sa face inférieure touche au rectum, et lui adhère à peine par un tissu cellulaire lâche; de sa face supérieure s'élèvent des prolongemens celluleux assez denses qui enveloppent les vésicules séminales» (Denonvilliers, thèse, p. 23).

C. *Muscles.* — Dans la portion anale, on trouve le *sphincter* de l'anus; dans le périnée proprement dit, sur la partie moyenne, les deux *bulbo-caverneux;* sur les côtés, les deux *ischio-caverneux;* entre les deux régions, les *transverses* du périnée. Pour le sphincter anal (*voy.* ANUS), et pour les bulbo et ischio-caverneux (*voy.* PÉNIS). Les *transverses* naissent de chaque côté sur la lèvre interne de la tubérosité sciatique, et marchent transversalement en dedans pour se réunir sur la ligne moyenne; leur union a lieu au point où commencent les

bulbo-caverneux, sur un plan un peu supérieur à la terminaison du sphincter externe, qui est tout-à-fait sous-cutané. Quant aux rapports de tous ces muscles avec les aponévroses, ils ont été indiqués plus haut. Je puis me dispenser de parler des *releveurs* de l'anus, *ischio-coccygiens*, *obturateurs internes*, qui n'appartiennent pas en propre à la région; et, d'ailleurs, il en a été fait mention en traitant des aponévroses. Je reviens seulement à divers faisceaux charnus qui ont été regardés comme des muscles propres.

Muscle de Wilson. — Quand on peut le voir manifestement, ce qui n'a pas lieu chez tous les sujets, on trouve que, logé dans le carré aponévrotique où est contenue la portion membraneuse de l'urèthre, il s'insère sur les parois latérales antérieure et supérieure de cette caisse fibreuse, et se porte vers le rectum et la prostate; sa disposition est loin d'être toujours la même. M. Denonvilliers a pu y suivre trois faisceaux distincts : l'un, immédiatement accolé à l'urèthre, embrassait complètement ce canal; un autre, plus antérieur que le premier, allant de la symphyse pubienne au rectum, embrassait encore un des côtés de l'urèthre dans son trajet; un troisième, né comme les deux autres des parois aponévrotiques, se dirigeait sur les côtés de la prostate. M. Rigaud a décrit un petit muscle *bulbo-rectal* qui passerait au-dessus du sphincter externe et du transverse du périnée. MM. Thomson et Rigaud indiquent encore une double bandelette qui naîtrait du bord postérieur de l'aponévrose moyenne, et marcherait vers le rectum, s'entre-croisant en avant de lui, puis en arrière, pour atteindre le coccyx : cette bandelette serait distincte du sphincter externe de l'anus.

D. *Artères.* — Autour de l'anus et de la fin du rectum se ramifient les *artères hémorrhoïdales supérieures*, fournies par la mésentérique inférieure, et l'*hémorrhoïdale moyenne* qui vient de l'hypogastrique : toutes les autres artères de la région sont des branches de la *honteuse interne*.

Celle-ci, branche de l'hypogastrique, se dirige en bas et en dehors, jusqu'au niveau de l'épine sciatique, sur laquelle elle se contourne en arrière, puis se place entre les deux ligamens sacro-sciatiques pour se réfléchir et marcher ensuite en haut et en avant; au-delà des ligamens sacro-sciatiques, et après sa réflexion, elle appartient à la région périnéale : alors elle mar-

che accolée à la face interne de la tubérosité sciatique, bientôt enveloppée dans les lames de l'aponévrose ischiatique, suit en montant la branche ischio-pubienne, et arrive jusqu'à la symphyse, où elle se termine en branches *dorsales du pénis*, et *caverneuses* (*voy.* PÉNIS). Ce trajet est, à proprement parler, celui de la branche supérieure ou *profonde* de la honteuse interne; mais, en réalité, les autres branches qui nous restent à décrire ne sont que des rameaux de cette branche supérieure qui continue le tronc de l'artère. Cette branche supérieure est donc appliquée contre la tubérosité ischiatique et la branche osseuse ischio-pubienne, au moyen d'une lame aponévrotique qui lui fournit même un canal, et qui la protège contre l'action des instrumens dans la taille : il est encore difficile de l'atteindre, parce qu'elle est située sur le plan le plus externe du périnée, et à quinze ou dix-huit lignes de l'anus, au niveau de l'ischion. La racine du corps caverneux, située au-dessous d'elle, la déborde en dedans. En résumé, ce tronc est peu important dans l'opération de la taille : si, contre toute probabilité, il venait à être blessé, on pourrait le lier contre l'ischion, à l'imitation de Physick et de M. Roux.

Trois branches sont fournies par ce tronc principal : l'*hémorrhoïdale inférieure*, la *superficielle du périnée*, la *transverse*, ou *artère du bulbe*.

L'*hémorrhoïdale inférieure*, quelquefois double de chaque côté, se détache au niveau de la tubérosité sciatique, à douze lignes environ en arrière du muscle transverse, et se porte presque transversalement vers le sphincter et le releveur de l'anus : on ne peut guère la blesser dans les méthodes de taille latéralisée ou bilatérale, à moins de porter l'instrument beaucoup plus en arrière qu'on ne le fait d'habitude; du reste, on conçoit qu'elle pourrait être liée assez facilement. La *superficielle du périnée* vient de la honteuse à six lignes à peu près en arrière du muscle transverse : d'abord aussi profonde que l'hémorrhoïdale inférieure ou externe, elle devient bientôt plus superficielle, passe au-dessous du muscle transverse, rampe dans la couche sous-cutanée à quatre ou trois lignes de la branche de l'ischion, et marche obliquement en avant et en dedans jusqu'à la racine des bourses, et se perd dans la cloison du dartos; elle est d'autant plus superficielle, qu'on l'examine plus en avant; elle se place dans le triangle situé

entre les muscles ischio et bulbo-caverneux, et suit le bord interne du premier de ces muscles; en dedans et en dehors, elle donne quelques petits rameaux ordinairement peu remarquables; parfois cependant, l'un d'eux constitue l'artère transverse du périnée : sa situation est telle, qu'elle est fréquemment divisée dans la taille latéralisée, et même dans la bilatérale, si on prolonge trop l'incision en dehors.

Transverse du périnée, ou *artère du bulbe.* — Née de la honteuse, au niveau de l'insertion ischiatique du muscle transverse, elle perfore ce muscle de haut en bas, et marche ensuite obliquement en avant et en dedans jusqu'au bulbe, où elle se perd principalement en s'unissant à celle du côté opposé. En arrière du bulbe, elle donne deux petits rameaux internes qui se portent, l'un vers l'anus, et l'autre directement en travers, entre l'anus et le bulbe; son rameau moyen et le postérieur seront nécessairement divisés dans la taille latéralisée ou transversale; et son tronc même doit être souvent coupé.

Anomalies des artères. — Elles sont fréquentes : 1° Peut-être le tronc de la honteuse interne est-il quelquefois distant de la branche ischio-pubienne, car autrement il est difficile de concevoir comment elle aurait pu être lésée par Desault, Physick, M. Roux. 2° M. Belmas a vu l'artère du bulbe naître de la honteuse, immédiatement au-dessous du petit ligament sacro-sciatique, et se porter en avant et en dedans au bulbe uréthral. 3° M. P. Robert a vu l'hémorrhoïdale externe naître de la honteuse bien plus en avant qu'elle n'a coutume de faire, très près du muscle transverse (*Journ. des progrès*, p. 203, t. VIII). 4° La branche profonde de la honteuse peut manquer, et la honteuse se terminer par l'artère superficielle, surtout par le rameau bulbaire : alors il y a une branche anomale qui remplace la branche profonde. Cette branche anomale naît de différentes sources, tantôt de l'obturatrice, tantôt des vésicales, tantôt de l'ischiatique : dans tous ces cas, elle marche d'arrière en avant sur les côtés de la prostate, ou dans son épaisseur, et ne saurait, par conséquent, être évitée dans la plupart des procédés de taille; arrivée au niveau de la symphyse, elle donne les artères dorsales du pénis. Cette disposition a déjà été vaguement indiquée par M. Winslow (*Anatomie, Traité des artères*, § 249 et 251); mais elle a été rencontrée par Harrisson (trois fois), Tiedemann, Meckel, Allan Burns, Al. Monro,

M. Velpeau (deux fois). Le docteur Hulme a vu un cas plus singulier : ce rameau naissait de l'obturatrice, qui elle-même provenait de l'épigastrique (P. Robert, *loc. cit.*). Enfin, chez un malade taillé par Shaw à l'hôpital de Middlesex, une hémorrhagie mortelle étant survenue, on injecta les artères du bassin, et on vit une brauche surnuméraire envoyée par le tronc hypogastrique, et passant sur le côté de la prostate pour gagner le dos de la verge. Cette branche était coupée en travers ; le tronc de la honteuse et l'artère transverse du périnée étaient intacts.

On comprend combien toutes ces anomalies sont dignes d'intérêt pour le chirurgien qui pratique la lithotomie périnéale : elles expliquent la plupart des hémorrhagies qui surviennent dans cette opération.

E. *Veines.* — Elles sont loin d'avoir exactement la disposition des artères. Je signalerai surtout deux points : 1° Très volumineuses, et formant des plexus autour du col vésical et de la prostate chez les vieillards et chez ceux qui ont une affection chronique de la vessie, elles peuvent, par leur division, donner lieu à une hémorrhagie inquiétante, et même mortelle. A l'appui de cette opinion, M. P. Robert cite deux faits : un calculeux taillé à l'Hôtel-Dieu mourut d'une hémorrhagie qui se renouvela plusieurs fois. «A l'autopsie, on ne trouva aucune artère lésée ; les veines seules formaient de nombreux plexus, dont la lésion avait donné lieu à l'accident.» Un enfant adonné à la masturbation mourut de la même manière. «Ce fut à la suite d'un acte de masturbation qu'une hémorrhagie foudroyante emporta le malade.» 2° Dans leur trajet au périnée, les veines traversent les plans aponévrotiques un plus ou moins grand nombre de fois, suivant leur profondeur, et rampent dans l'épaisseur ou le dédoublement des feuillets, de manière à adhérer aux lames et aux ouvertures aponévrotiques, et à être maintenues ainsi béantes : de là la facilité aux liquides irritans, urine ou pus, d'enflammer ces caneaux ; et de là aussi la différence des résultats de la taille chez les enfans et les vieillards, car c'est seulement chez ceux-ci qu'on trouve cette disposition, encore plus marquée lorsque les veines sont fort développées par une irritation chronique des organes génito-urinaires. Une disposition semblable existe pour les veines du rectum, autour de l'anus des adultes et

des vieillards, et M. Lenoir, auteur de ces remarques, y voit la cause des accidens graves qui suivent parfois les opérations de fistule à l'anus, ou l'ablation des hémorrhoïdes (M. Lenoir, thèse de Paris, 1833, p. 8, 9, 10).

F. *Lymphatiques.* — On ne connaît point de ganglions dans cette région ; les vaisseaux se rendent aux ganglions de l'aine et du bassin.

G. *Nerfs.* — Ils viennent tous du nerf honteux et du nerf petit sciatique ; du reste, n'ont d'intérêt que quant à leur rôle physiologique (*voy.* ANUS et PÉNIS).

Rectum. — Il n'est ici question que de la terminaison de cet intestin. Au niveau de la prostate, le rectum, qui était descendu en suivant la concavité du sacrum, se réfléchit et se porte légèrement en arrière jusqu'à l'anus. Il offre donc au-dessus de la prostate une courbure à concavité antérieure, et au-dessous une courbure à concavité postérieure. L'anus est placé à dix-huit lignes au devant de la pointe du coccyx. Le péritoine descend sur le rectum en avant jusqu'à quatre pouces de l'anus environ chez l'homme. Cette distance peut être moindre cependant, et Scarpa insiste beaucoup sur cette circonstance, qui est fâcheuse à la taille recto-vésicale, et qui le serait également pour l'ablation d'un cancer de la fin du rectum. Suivant Scarpa, le repli du péritoine, interposé à la vessie et à l'intestin, descendrait plus bas chez les individus dont la vessie est fortement contractée. Il cite une observation due à M. Geri, de Turin, à l'appui de ce fait, que Camper aurait aussi fait représenter dans la planche 5 de ses *Démonstrations anatomico-pathologiques.* Le malade de M. Geri avait été opéré suivant la méthode de Vacca Berlingheri : le péritoine fut ouvert, et, à l'autopsie, on crut voir que cette membrane descendait beaucoup plus bas que d'habitude : «En examinant la vessie avant de l'enlever du bassin, elle semblait tout enveloppée jusqu'à son col par le péritoine» (Scarpa, *Opération de la taille*, traduction de M. Ollivier, page 152).

En arrière, le rectum est entouré par du tissu cellulaire lâche. En avant, il répond de haut en bas à la vessie, aux vésicules séminales, dont il est séparé par l'aponévrose prostato-péritonéale à la face postérieure de la prostate, et enfin au triangle *recto-uréthral*, dont nous parlerons plus loin.

Prostate. — Placée sur la ligne médiane, elle est presque

régulièrement arrondie, plus large en arrière qu'en avant.

Rapports. — Je ne reviendrai pas sur la manière dont les aponévroses sont disposées relativement à cette glande; par sa face *inférieure*, qui est un peu dirigée en arrière, elle répond au rectum, qui se moule sur elle; entre les deux existe une couche mince de tissu cellulo-fibreux toujours dépourvu de graisse; en *avant*, elle est distante de la symphyse pubienne de 8 à 9 lignes; cet intervalle peut être moindre lorsque la symphyse du pubis descend très bas : sa face postérieure embrasse le col de la vessie, et c'est d'elle, vers son bord le plus postérieur, que part l'aponévrose prostato-péritonéale. Sur les *côtés*, la glande est limitée par les aponévroses latérales de la prostate, et en dehors de celle-ci se trouve du tissu cellulaire assez lâche, qui permet à l'organe d'acquérir une augmentation de volume quelquefois fort considérable.

Considérée de haut en bas ou d'avant en arrière, et en masse, la prostate est écartée des branches ischio-pubiennes dans le rapport suivant : pour sa partie supérieure, 21 lignes; pour sa partie moyenne, 2 pouces; pour sa partie inférieure, 2 pouces 3 lignes (M. Senn).

Dimensions. — Je ne puis mieux faire connaître ces dimensions chez l'enfant, qu'en empruntant à M. Malgaigne un tableau qui résulte des recherches de M. H. Bell. Ces recherches portent sur 42 sujets, depuis 2 ans jusqu'à 15.

De 2 à 4 ans.		
Diamètre transverse.........	5 lign. $\frac{1}{2}$ à 6 lign.	
Rayon postérieur oblique....	2	
Rayon postérieur direct.....	1	
Rayon antérieur direct......	$\frac{1}{2}$	
De 5 à 10 ans.		
Diamètre transverse.........	6	à 7 $\frac{1}{2}$
Rayon postérieur oblique....	2 $\frac{1}{2}$	à 3
Rayon postérieur direct.....	2	à 2 $\frac{1}{2}$
De 10 à 12 ans.		
Diamètre transverse.........	7	à 8 $\frac{1}{2}$
Rayon postérieur oblique....	2 $\frac{3}{4}$	à 3 $\frac{1}{2}$
Rayon postérieur direct.....	2	à 2 $\frac{1}{2}$
Rayon antérieur direct......	1	à 1 $\frac{1}{2}$

De 12 à 15 ans.

Diamètre transverse.........	8 1/2 lign.	à 10 lign.
Rayon oblique postérieur....	3 1/2	
Rayon direct postérieur.....	2	à 2 1/2
Rayon direct antérieur.......	1 1/2	

Voici les dimensions chez l'adulte à l'état ordinaire, d'après M. Senn : hauteur sur la ligne médiane, 13 lignes ; largeur à la partie moyenne, 19 lignes ; M. Velpeau admet pour le diamètre antéro-postérieur de 9 à 15 lignes ; pour le diamètre transversal, à sa plus grande largeur, 12 lignes seulement.

Si, du col de la vessie, on tire des rayons à la circonférence de la glande, on trouve : directement en bas, 7 à 8 lignes ; directement en haut, 3 à 4 lignes ; directement en travers, 9 lignes ; obliquement en bas et en dehors, 10 à 11 lignes (M. Senn). M. Velpeau donne un autre calcul : rayon inférieur, 3 à 6 lig. et rarement plus ; direct en travers, 5 à 8 lig. ; oblique en bas et en dehors, 8 à 10 lig.

Ces dimensions ont été prises chez des sujets où la prostate paraissait être à l'état sain. Lorsqu'il y a hypertrophie, le volume peut augmenter bien au-delà. M. Malgaigne pense que la glande peut se laisser distendre dans les bords de son ouverture, après qu'elle a été divisée, et que, par conséquent, il faut ajouter encore ce moyen d'augmenter les dimensions.

Le tissu de l'organe est dense et d'une couleur blanchâtre. Si on le déchire, on y voit des granulations desquelles partent un certain nombre de petits canaux qui vont s'ouvrir dans l'urèthre, à sa face inférieure, sur les côtés du *verumontanum*. Toute sa surface extérieure est enveloppée d'une membrane fibreuse, qui se confond avec les plans aponévrotiques du périnée. Vue par sa face inférieure, elle offre deux lobes réguliers et arrondis, séparés par un sillon légèrement enfoncé. En haut, au point où elle embrasse le col vésical, elle présente quelquefois à l'origine de l'urèthre un renflement que Home a nommé *troisième lobe* ou *lobe moyen*. Ce prétendu lobe n'est réellement pas distinct de l'organe : c'est une partie du corps même de la glande, et qui est principalement marquée chez les individus ayant une hypertrophie de la prostate.

Nous avons dit que la première portion de l'urèthre est creusée dans la face supérieure de la prostate. Le plus souvent celle-ci forme un canal complet à l'urèthre ; et ce n'est

que beaucoup plus rarement que le canal est incomplet dans sa moitié supérieure (M. Velpeau dit une fois sur dix). D'autres fois, mais plus rarement encore, l'urèthre est plus voisin du plan inférieur de la glande que de son plan supérieur. M. Velpeau a trouvé seulement deux lignes de tissu prostatique au-dessous de l'urèthre; et MM. Senn, Denonvilliers et Tanchou l'ont vu presque entièrement dégagé de la glande par en bas. Enfin la prostate est traversée, d'arrière en avant, par les deux *canaux éjaculateurs*, qui vont s'ouvrir au *verumontanum* (pour plus de détails sur l'urèthre, *voy.* PÉNIS).

Col vésical et bas-fond de la vessie. — La partie inférieure de la vessie appartient au périnée. Depuis le point où se réfléchit le péritoine jusqu'au bord postéro-supérieur de la prostate qui embrasse le commencement de l'urèthre, la vessie est en rapport avec la face antérieure du rectum dont elle n'est séparée que par un feuillet fibreux (aponévrose prostato-péritonéale). Aussi peut-on reconnaître la présence de calcul dans la vessie à l'aide d'un doigt introduit dans l'intestin; et est-il possible de pénétrer dans la vessie par le rectum (ponction de Flurant, taille de M. Sanson). A cette même face inférieure existent les deux *vésicules séminales*, fort écartées en arrière, et rapprochées en avant, suivant un angle aigu qui aboutit à la prostate. Du sommet de cet angle, partent les deux canaux éjaculateurs pour traverser la glande d'arrière en avant. Les deux vésicules sont placées sur les côtés du rectum, puisqu'elles s'écartent en arrière, et c'est par leur intervalle, qui représente un triangle, qu'on doit pénétrer dans la vessie. Nous avons déjà fait voir que l'étendue de rapport du bas-fond de la vessie avec l'intestin peut varier suivant que le péritoine descend plus ou moins bas, entre les deux organes; peut-être cette étendue est-elle moindre chez les sujets chargés d'embonpoint parce que la vessie est refoulée en haut, derrière le pubis et au-dessus.

Nous avons jusqu'ici examiné isolément les parties qui composent le périnée; il est avantageux de considérer aussi la région dans son ensemble.

Le périnée proprement dit (situé en avant d'une ligne tirée transversalement d'une tubérosité sciatique à l'autre) a la forme d'un triangle à base dirigée en bas et en arrière, à sommet en haut et en avant. Ce triangle lui-même en con-

tient deux autres, l'un à droite, l'autre à gauche de la ligne médiane, et dirigés dans le même sens que le premier : chacun de ces deux triangles secondaires a pour limites, *en dedans*, le raphé de la peau, la terminaison antérieure du sphincter anal, le muscle bulbo-caverneux, la portion membraneuse de l'urèthre, le bulbe en avant, et le sommet de la prostate en arrière; *en dehors*, le muscle ischio-caverneux, une des racines du corps caverneux, la branche osseuse ischio-pubienne, l'attache de l'aponévrose moyenne : sur le même côté du triangle, on trouve l'artère, les deux veines, le nerf honteux interne, et plus profondément le muscle releveur de l'anus, l'aponévrose pelvienne ou supérieure, la partie latérale du corps de la vessie. La base du triangle est représentée par le muscle transverse. Dans l'aire ou l'espace, rampent des rameaux artériels; en dehors, et parallèlement au corps caverneux et dirigés obliquement d'arrière en avant et de dehors en dedans, l'artère superficielle du périnée; vers le centre et presque transversalement les artères transverses ou bulbaires; en arrière, les derniers rameaux de l'artère hémorrhoïdale inférieure.

On peut admettre un autre triangle *recto-bulbaire* ou *recto-uréthral*. A partir de la prostate, le rectum changeant de direction et de courbure, se porte en arrière jusqu'à l'anus, de manière à présenter une convexité en avant; d'une autre part, la portion membraneuse de l'urèthre est courbe et convexe en arrière. Il y a donc entre ces deux parties un intervalle, étroit en haut, où il répond à la prostate, et de plus en plus large, à mesure qu'on approche de la peau qui en forme la base. Dans le sens transversal, cet espace est limité par les deux tubérosités sciatiques, et offre, suivant ce diamètre, deux pouces et demi à peu près. Dans son aire, on trouve, de l'extérieur à l'intérieur, et sur la ligne moyenne, la peau, la couche sous-cutanée, la moitié antérieure du sphincter de l'anus, le bulbo-caverneux, la terminaison des artères bulbaires, les deux couches de l'aponévrose moyenne, avec les faisceaux musculeux qui y sont contenus, la portion membraneuse de l'urèthre. La taille bilatérale intéresse donc toutes ces parties avant d'inciser la prostate.

La situation du bulbe qui est sur le bord antérieur du triangle est telle, qu'il descend un peu au-dessous de la portion

membraneuse de l'urèthre, et s'incline vers le rectum. Ordinairement, du bulbe à l'anus, il n'y a que de 8 à 10 lignes; cet espace peut même encore être beaucoup diminué par la saillie du rectum en avant. On sait que, au-dessus de l'anus, l'intestin est renflé en ampoule; chez un homme habituellement constipé, et surtout pendant que des matières fécales sont accumulées au-dessus de l'anus, le rectum, devenu plus convexe en avant, avance du côté du bulbe, et le triangle est rétréci. Il en résulte qu'assez souvent le bulbe doit être divisé dans l'opération de la taille, et principalement dans la méthode bilatérale, car si l'on veut ici éviter l'intestin il faut s'écarter de l'anus de plus d'un pouce. Le bulbe lui-même peut être très gonflé chez les vieillards à cause de l'engorgement du plexus veineux vésical, suite de la présence d'un calcul.

La profondeur du périnée, c'est-à-dire la distance qui sépare le col vésical de la peau, a été mesurée avec un pelvimètre dont une des branches portait sur le col de la vessie, et l'autre sur la surface cutanée. Sur vingt-trois cadavres adultes, bien conformés, l'écartement a varié depuis un pouce quelques lignes jusqu'à quatre pouces. La distance moyenne paraît être de deux pouces une ou deux lignes. Cette profondeur varie beaucoup chez les différens individus, et on ne saurait la donner exactement.

Périnée chez la femme. — Ses limites sont les mêmes que chez l'homme. Dans un ouvrage du genre de celui-ci, je suis obligé de passer sous silence plusieurs des parties qui entrent dans le périnée (pour VULVE, VAGIN, URÈTHRE, *voy.* ces mots). La ceinture osseuse qui entoure la région a été décrite ailleurs (*voy.* BASSIN, ACCOUCHEMENT).

Le périnée proprement dit, chez la femme, s'étend depuis la commissure postérieure de la vulve jusqu'à l'anus. Nous y comprendrons aussi l'anus et la fin du rectum.

La *peau* offre moins de poils que chez l'homme; le raphé la divise sur la ligne médiane; elle se fronce en arrière autour de l'anus, et se confond en avant avec les grandes lèvres et la muqueuse du vagin. La *couche sous-cutanée* n'a rien de particulier.

Les *aponévroses*, très différentes de celles qu'on trouve dans le sexe masculin, embrassent le vagin, et s'ouvrent pour

le recevoir. Dans la région anale, elles sont disposées comme dans l'autre sexe.

Il y a des *muscles pyramidaux, ischio-coccygiens, transverses du périnée, sphincter externe ;* le *muscle ischio-caverneux,* beaucoup plus petit que chez l'homme, est appliqué sur chacune des racines du clitoris. Le bulbo-caverneux est remplacé par le *constricteur du vagin,* qui commence en arrière, à la réunion des deux transverses avec l'angle antérieur du sphincter anal, et, se plaçant dans l'épaisseur des deux grandes lèvres, embrasse l'orifice externe du vagin.

Le tronc de l'*artère honteuse interne* est peu volumineux.

L'*hémorrhoïdale externe* est distribuée comme chez l'homme; la *superficielle* va se perdre dans les grandes lèvres.

Le rectum n'a aucun rapport avec la vessie; mais il répond à la face postérieure du vagin. Le cul-de-sac péritonéal, qui s'enfonçait, chez l'homme, entre la vessie et l'intestin, est placé ici entre le vagin et le rectum. D'après quelques recherches, ce repli du péritoine serait plus écarté de la peau chez la femme. A partir de la pointe du coccyx, l'intestin se porte obliquement en arrière. Le vagin, au contraire, descend suivant la direction de l'axe du petit bassin, et, par conséquent, s'écarte de lui. De cet écartement, résulte un triangle dont la base est à la peau, et dont le sommet répond à l'adossement du vagin et du rectum. En haut, les deux organes sont unis à l'aide d'un tissu feutré assez résistant, *cloison recto-vaginale.* La base du triangle, étendue de l'anus à la commissure postérieure de la vulve, donne 12 à 15 lignes ordinairement. L'aire du triangle, qui est limité en arrière par la face antérieure du rectum, et en avant, par la face postérieure du vagin, contient dans son épaisseur la terminaison des muscles transverses, sphincter, constricteur du vagin et releveurs de l'anus; on y trouve aussi du tissu cellulaire abondant, et beaucoup de graisse. Cet intervalle, qui peut être regardé chez la femme comme le périnée proprement dit, est très souple et très extensible; pendant le travail de l'accouchement, il s'étend et s'allonge dans tous les sens, au point d'acquérir alors une dimension de trois pouces et davantage. Lorsque la résistance est dépassée par l'effort avec lequel la tête du fœtus presse sur cette partie, il y a déchirure partielle ou complète du périnée.

A. BÉRARD.

§ II. MALADIE DE LA RÉGION PÉRINÉALE. — La région périnéale est le siége d'inflammation superficielle ou profonde, d'abcès aigus ou froids, idiopathiques ou symptomatiques, de fistules, de hernies, de plaies variées. Les abcès et les fistules appartiennent à différens articles (ABCÈS, ANUS, VOIES URINAIRES); les plaies, à part la *déchirure*, qui réclame certaines opérations spéciales, seront traitées, soit aux plaies en général, soit à l'article VESSIE, URÈTHRE. On trouvera aussi à TAILLE, PROSTATE, VULVE, la description de plusieurs tumeurs et affections qui ont lieu au périnée. En conséquence, il ne sera parlé ici que de la *hernie* et de la *déchirure*.

I. HERNIE PÉRINÉALE. — Cette hernie consiste en la sortie à travers le périnée d'un des viscères du ventre ou du bassin. Les organes qui peuvent former cette hernie sont principalement la vessie et l'intestin. Nous ne traitons pas de la hernie de vessie (*voy.* VESSIE); celle de l'intestin, quoique fort rare, a cependant été plusieurs fois observée chez l'homme et chez la femme. Le trajet qu'elle parcourt n'est pas tout-à-fait le même dans les deux sexes : chez l'homme, elle descend entre la vessie et le rectum, et chez la femme, entre le rectum et le vagin. Cependant, il est juste de dire que cette différence de siége, bien qu'indiquée et admise par les auteurs, n'est pas aussi réelle qu'on le croit au premier abord : c'est moins en avant de l'anus et du rectum que s'échappe l'intestin hernié que sur les côtés, en sorte que, dans les deux sexes, l'intestin traverse le côté externe de la région postérieure du périnée. Pour cela, il se fraye un passage à travers le plan musculeux aponévrotique de la région anale, poussant devant lui le péritoine, et on sait que l'aponévrose supérieure et le feuillet rectal de l'aponévrose ischio-rectale sont lâches et assez minces en cet endroit. Je dois reconnaître pourtant que A. Cooper rapporte un cas de hernie directement au-devant de l'anus. Cette variété, beaucoup plus rare que l'autre, devra être plus facile lorsque le péritoine descend très bas sur le rectum, en avant, ainsi que cela paraît avoir été rencontré (*voy.* PÉRINÉE, *anatom.*).

On devine que cette espèce de hernie doit se faire plus facilement chez la femme, d'une part, à cause de la plus grande ouverture du détroit inférieur du bassin chez elle; d'autre part, à cause des distensions éprouvées par toute la paroi inférieure du bassin dans le travail de grossesse et de parturition.

Cette dernière cause est prouvée par l'expérience, et, pour soutenir la première, on peut s'appuyer sur ce que, chez l'homme, le volume de la hernie est moindre que chez la femme, et sur ce que, sur le cadavre de l'homme disséqué par Scarpa, les diamètres du détroit inférieur du bassin parurent plus grands que d'habitude, et aussi larges que chez la femme. M. Sanson regarde l'agrandissement de ce diamètre comme prédisposant l'homme à la heruie périnéale. Je parlerai plus loin d'un enfant de six à sept ans qui offrait peut-être un exemple de cette hernie. Les causes générales sont celles de toutes les autres hernies.

Voici ce qu'on a vu dans les cas où la dissection a été faite. *Chez l'homme :* 1er fait. La tumeur était à droite; elle passait entre la marge de l'anus, le grand ligament sacro-sciatique et la pointe du coccyx; le rectum et la vessie étaient déjetés à gauche. Le sac était recouvert et embrassé par les fibres allongées et écartées du releveur de l'anus, par du tissu cellulaire et par la peau; son orifice était large d'un pouce; le détroit inférieur du bassin plus large qu'ordinairement. L'intestin hernié était l'iléon (Scarpa). — 2e fait. Sac situé en avant de l'anus, en arrière de la prostate (cette position est bien plus rare que la précédente); le fond de la vésicule séminale était situé sur la partie latérale du sac, son sommet situé en avant; il y avait deux pouces et demi entre le niveau de l'anus et l'orifice du sac. La peau n'avait point cédé, et la hernie ne faisait pas tumeur au périnée (A. Cooper). — 3e fait. Sac capable de loger un œuf de pigeon : entrée du sac plus étroite que le fond; collet très épais, dur, calleux. Un doigt ayant été placé dans le sac, l'autre au périnée, on sentit que l'épaisseur des tégumens seule les séparait; on remplit le sac avec de la filasse, et une tumeur parut au périnée; l'incision de la peau, et sa dissection, firent voir que le péritoine adhérait au tégument (Chardenon). — *Chez la femme :* Je pense, avec Scarpa, Lawrence et M. Sanson, que la hernie décrite comme ischiatique, chez une fille de cinquante ans, par Papen, de Gœttingue, était réellement une hernie périnéale; c'est le seul exemple de dissection que je connaisse chez la femme. Voici quel était l'état des choses : il y avait entre les cuisses une tumeur étroite en haut, large en bas, recouverte d'une peau amincie et tendue, qui s'attachait par un pédicule de quatre à cinq pouces

de diamètre sur le côté droit de l'anus ; et descendait jusqu'au mollet. Cette tumeur ayant été ouverte, on y trouva tout le paquet des intestins grêles, de l'épiploon, et une partie du colon. Le ventre fut ensuite examiné : il était vide de tout l'intestin grêle, du cœcum et du colon ascendant ; le commencement de l'arc du colon était aussi dans le sac, ainsi que la plus grande partie du rectum ; l'estomac, tiraillé en bas, était vertical ; le pylore et le duodénum entraient même dans l'orifice du sac ; celui-ci était formé par le péritoine très épaissi. Toute la poche ayant été vidée, on vit que son goulot répondait au côté droit de l'anus et du coccyx, et remontait en haut jusqu'au sacrum. Ce fait, si remarquable, dont j'emprunte la traduction à Boyer, se trouve dans les thèses chirurgicales de Haller, t. III, p. 215.

Voici maintenant d'autres cas qui ne sont pas aussi certains que ceux qui précèdent, car il n'y eut pas d'examen anatomique, les malades ayant vécu, et, malheureusement dans un sens, ce sont à peu près les seuls que l'on ait observés pendant la vie. Une femme, dont l'histoire est donnée par Smellie, portait au côté gauche de l'anus une tumeur qui disparaissait dans la position horizontale, et augmentait dans la station debout. La malade étant grosse, fut prise des douleurs de l'accouchement pendant que la hernie était dehors : la tumeur s'enflamma et s'étrangla ; mais, grâce à une hémorrhagie qui eut lieu après l'accouchement, et à des applications émollientes sur le périnée, on put la faire rentrer. A une seconde grossesse, la hernie reparut au commencement des douleurs : alors Smellie, pour prévenir l'étranglement, repoussa la tumeur avec une main introduite dans le vagin, et hâta la fin du travail en déchirant la poche des eaux, de façon que la tête du fœtus elle-même empêcha la sortie de la hernie. Chez une autre malade, du même auteur, la hernie survint au côté gauche du périnée un mois après un accouchement conduit par une sage-femme. La femme devint enceinte de nouveau, et, sous l'influence d'une toux violente, la tumeur augmenta, et acquit le volume du poing. Quelques semaines avant l'accouchement, la réduction devint impossible : il y eut de grandes douleurs, et les parties molles qui recouvraient la tumeur se gangrenèrent. Ouverture spontanée, écoulement d'abord d'un peu de pus mêlé de sang, puis d'une demi-pinte de liquide roussâtre : l-

malade se sentit immédiatement soulagée et se rétablit; l'accouchement eut lieu à terme et sans accident. Quelques mois plus tard, la tumeur n'avait pas reparu, la peau du périnée n'offrait qu'un petit pertuis par lequel s'écoulait encore un peu de pus; mais cinq mois après la guérison, la plaie s'ouvrit pendant un effort; la femme était d'ailleurs de nouveau enceinte. La hernie se reproduisit plusieurs fois, et fut réduite: un élève de Smellie fit l'accouchement, qui fut encore heureux.

A. Cooper cite un exemple, emprunté à Bromfield, d'une hernie périnéale chez un enfant de six à sept ans. Ce fait est fort extraordinaire, comme on va voir. Cet enfant ayant un calcul vésical, fut taillé par le périnée; après l'incision, le péritoine se présenta à la plaie, et s'offrit sous forme d'une hydatide; puis le péritoine se rompit, et l'intestin sortit au dehors. On fut obligé de faire repousser les intestins dans le bassin par un aide, pour que l'opérateur pût faire manœuvrer les tenettes, et prendre le calcul. Cooper explique les choses en disant que les efforts du petit malade, nécessités par la présence du calcul, avaient relâché les adhérences du péritoine au détroit supérieur du bassin, en le poussant vers le périnée; que la peau et les muscles du périnée, une fois traversés par l'incision, le péritoine n'eut plus de soutien au niveau de la plaie, et se précipita à travers celle-ci, d'abord rempli seulement de sérosité, ce qui donna à la petite tumeur l'aspect d'une hydatide; puis les muscles abdominaux se contractant toujours, la membrane séreuse céda enfin, et alors les intestins traversèrent la plaie. (Le malade se guérit parfaitement en quinze jours; il n'y eut plus tendance à la sortie de l'intestin.) On pourrait se demander raisonnablement si, dans un tel cas, l'opérateur n'a pas ouvert le péritoine. J'ai rendu compte du sentiment de Cooper, et je laisse le doute où il existe.

Le même A. Cooper rapporte deux autres faits peu détaillés de hernie périnéale (p. 367, 368 de la trad. de MM. Chassaignac et Richelot).

Si nous cherchons quels sont les signes de cette espèce de hernie, nous trouvons: une tumeur plus ou moins saillante au périnée, plus souvent au côté de l'anus qu'en avant, tumeur qui augmente dans la station verticale, et diminue de volume quand on est couché, réductible ordinairement, molle, et ayant la consistance des autres hernies. En même temps, pesanteur au

périnée, coliques et constipation quand la hernie est sortie. La tumeur augmente dans la toux et les efforts. Avec ces signes, on pourra aisément reconnaître la hernie périnéale; mais le diagnostic sera bien plus difficile dans le commencement de l'affection. En effet, les symptômes rationnels qui l'anuoncent peuvent être rapportés à une maladie des organes génito-urinaires ou du fondement, et, à son début, la tumeur n'est pas encore apparente au périnée : elle n'y arrive que lentement, parce qu'elle a un long trajet à parcourir pour atteindre la peau, des parties assez fermes à déplacer et à pousser au-devant d'elle. On comprend que ce trajet n'est pas ici tout tracé d'avance, comme dans la hernie inguinale. Néanmoins, dans cette première période, où la hernie est encore dans l'épaisseur du périnée, si l'on explore avec le doigt le rectum ou le vagin, on sentira la tumeur à travers l'une ou l'autre cloison, et on pourra même la faire rentrer dans la cavité du bassin en exerçant une légère pression. Ce même moyen d'exploration devra être également employé lorsque la tumeur est saillante au périnée, soit pour reconnaître sa nature, soit pour obtenir sa réduction. Enfin, on examinera le malade debout, et en l'engageant à faire un effort, comme pour toutes les hernies.

La réduction sera pratiquée, le malade étant couché horizontalement, et le bassin un peu élevé; on comprimera à la fois sur le périnée, et par l'intérieur du rectum ou du vagin. Cette rentrée de l'intestin est ordinairement facile. Pour maintenir la réduction on appliquera, chez l'homme, un bandage adapté à la région. Un simple bandage en T exposerait à la sortie des viscères, et il vaut mieux recourir au moyen proposé par Scarpa : il consiste en un brayer formé d'un ressort en cercle, duquel part en arrière un autre ressort courbe, lequel est terminé par une pelote ovale qui vient appuyer sur le périnée; une courroie unit les deux extrémités du cercle qui embrasse le bassin, et des sous-cuisses élastiques permettent au bandage de s'accommoder aux mouvemens du malade. Chez la femme, au lieu de cet appareil assez incommode, on pourrait essayer de maintenir la hernie à l'aide d'un pessaire dont la forme et le volume seraient adaptés à la position et au volume de la hernie.

Si enfin la hernie venait à s'étrangler, comme la chose est

dite avoir eu lieu dans les deux observations de Smellie, faudrait-il opérer, et comment opérerait-on? Je ne connais aucun fait qui puisse servir de guide à cet égard. Le résultat survenu chez les deux femmes dont parle Smellie n'enseigne que peu de chose, car, chez l'une, l'inflammation céda après une perte de sang et des applications émollientes, et on put réduire la hernie; chez l'autre, une gangrène eut lieu dans les parois de la tumeur, et à la sortie d'une demi-pinte de liquide la malade fut immédiatement soulagée, sentant même, dit-elle, que l'intestin venait de remonter. Cette dernière observation est loin d'être entourée de toutes les garanties désirables relativement à l'existence réelle d'une hernie périnéale. Boyer regarde le débridement, pour lever l'étranglement, comme très difficile, à cause de l'épaisseur des parois à traverser. Dans la dissection faite par Scarpa, le collet du sac était situé très bas, et, fondé sur cette observation, M. Sanson croit qu'on pourrait assez facilement ouvrir le sac, et atteindre le collet pour le débrider; mais cependant, chez l'homme disséqué par A. Cooper, le collet était situé à deux pouces et demi au-dessus de la peau du niveau de l'anus, en sorte qu'ici au moins on serait fort embarrassé. L'expérience n'a rien appris sur le sens dans lequel on pourrait faire le débridement. S'il n'y avait aucune anomalie artérielle, une incision oblique en arrière et en dehors n'exposerait que l'hémorrhoïdale externe, branche peu importante; on pourrait aussi faire un débridement multiple. Il est probable que l'étranglement serait causé par le collet, car on a plusieurs fois trouvé celui-ci fort épaissi dans cette forme de hernie; il serait d'ailleurs urgent d'opérer s'il y avait un étranglement réel, car l'intestin a toujours été trouvé dans cette hernie, et jamais l'épiploon, à part le cas de Papen, d'ailleurs très exceptionnel. Je termine en faisant remarquer qu'on pourrait faire plusieurs suppositions sur les erreurs de diagnostic dont la maladie est susceptible, sur la marche et les accidens de la hernie; mais faire ici une histoire complète serait aller au delà de ce qu'on connaît touchant une affection rare et peu observée.

II. Déchirure du périnée. — La déchirure du périnée est une maladie dont le nom seul est une définition suffisante. Il est presque oiseux de dire qu'elle est propre à la femme: la

conformation des parties, et la part qu'elles prennent à l'accomplissement d'uu des temps de la parturition, expliquent assez cette particularité.

La nature des parties déchirées, l'étendue de la lésion, établissent des variétés assez nombreuses de la maladie, et modifient beaucoup sa gravité, ainsi que le traitement qu'on doit diriger contre elle.

Tantôt la déchirure est *incomplète*. Elle porte sur la partie antérieure du périnée, plus mince, plus faible, composée seulement d'une peau fine qui, en avant, se transforme insensiblement en muqueuse, et de tissu cellulaire plus ou moins adipeux, suivant les sujets. Elle est bornée à la fourchette seule, et c'est un accident très commun et peu grave, ou bien plus étendue, et comprenant le constricteur du vagin et la couche sous-cutanée; elle a respecté cependant la cloison recto-vaginale, le sphincter et l'anus, dont les fonctions ne sont pas troublées. M. Velpeau dit avoir vu plusieurs fois ces déchirures en travers.

Tantôt la déchirure est *complète*. Elle comprend toute l'épaisseur du périnée, le sphincter de l'anus, le rectum et la cloison recto-vaginale, dans une étendue qui varie de quelques lignes à deux et trois pouces et demi, comme cela est spécifié dans quelques-unes des observations de Dieffenbach. Le plus souvent, la division se fait sur la ligne médiane, mais d'autres fois, c'est sur un de ses côtés.

Les désordres physiques et fonctionnels sont faciles à se représenter; mais j'emprunte à M. Roux le tableau de cet état. «Les bords de la plaie se sont cicatrisés isolément; le périnée a complètement disparu; la vulve et l'anus ne forment plus qu'une seule et même voie, une fente unique, un sinus profond à bords ou droits ou irrégulièrement ondulés, revêtus par un tissu muqueux, et pour peu que la division s'étende à la cloison recto-vaginale, la partie inférieure du rectum et celle du vagin forment un véritable cloaque. La condition d'une femme en cet état est réellement déplorable. Ce n'est pas qu'elle ne puisse encore concevoir, et même accoucher plus facilement qu'une autre. J'ai connu une dame anglaise qui avait éprouvé une déchirure complète lors de son premier accouchement, et qui était devenue successivement mère de douze enfans. Je suis sûr qu'on trouverait dans le monde

nombre de cas semblables. Peut-être qu'à force d'adresse, et par je ne sais quelles supercheries, les femmes parviennent à cacher une infirmité si propre à inspirer du dégoût. Mais quand elle est connue, et pour que ce dégoût soit surmonté, ne faut-il pas, ou le délire des sens porté à l'excès, ou un sentiment plus qu'ordinaire des devoirs presque sacrés qu'impose l'union conjugale? Car il ne s'agit pas seulement ici de la perte d'une partie des charmes physiques; il s'y joint une incommodité aussi affreuse que le serait un anus contre nature. Le sphincter de l'anus étant déchiré, rien ne s'oppose à l'issue des gaz intestinaux parvenus dans le rectum, et à la sortie, ou continuelle, ou du moins trop souvent répétée et presque involontaire des matières fécales. Sans doute celles-ci peuvent séjourner quelque temps encore dans le rectum quand elles ont une certaine consistance; mais si elles sont molles, le besoin de les rendre se produit vif et pressant à chaque instant, et si elles sont encore à un état plus liquide, elles s'échappent involontairement, inondent le vagin et toutes les parties voisines: de là, la nécessité pour les malades de vivre dans une solitude contraire à leur âge, à leur sexe, à leurs habitudes. Elles tombent dans une tristesse profonde, presque toujours leur santé s'altère, et leur teint perd sa fraîcheur.»

D'après M. Velpeau, l'accouchement n'est guère plus libre, car c'est le détroit osseux, et non le périnée, qui peut mettre obstacle au passage de la tête de l'enfant.

Une autre incommodité qui dépend de l'absence du périnée, c'est la tendance de la matrice à descendre, et la difficulté extrême de la contenir au moyen de pessaires.

Il existe encore d'autres modifications de la déchirure du périnée. Il y a dans la science des cas nombreux et authentiques de déchirure centrale, sans lésion des commissures anale et vulvaire. Constamment alors, dit M. Roux, la nature livrée à elle-même, suffit pour réunir les parties divisées.

Enfin, il peut y avoir déchirure incomplète postérieure, c'est-à-dire, déchirure de la cloison, puis de l'anus et de son sphincter.

Certaines circonstances prédisposent à la déchirure du périnée. Les unes dépendent de la conformation ou de l'état des parties, telles que l'étroitesse, le peu de longueur du vagin, la largeur trop grande du périnée, cette disposition de la

vulve dans laquelle elle est tournée fortement en avant, la rigidité des parties chez les femmes déjà avancées en âge.

D'autres dépendent de maladies antécédentes qui ont laissé des cicatrices vicieuses, et détruit ainsi la souplesse et la dilatabilité de cette région. Cependant une déchirure antécédente, et même assez récemment guérie, ne paraît pas exposer à la récidive : des observations de MM. Roux et Dieffenbach le prouvent. La première malade sur laquelle M. Roux pratiqua la suture du périnée devint enceinte à la fin de l'année même de l'opération, et accoucha sans le moindre éraillement.

Enfin, le volume de la tête du fœtus, la rapidité du travail, ses difficultés, la nécessité d'appliquer les fers, nous conduisent insensiblement à l'énumération des causes immédiatement productrices. Dans l'immense majorité des cas, elle s'observe à la suite de l'accouchement, et le plus souvent chez des primipares. Cependant il n'est pas rare de la voir se produire à un deuxième accouchement, comme chez la femme qui fait le sujet de la première observation de Dieffenbach (*Chirurgie* de Dieffenbach, par Charles Philips), à un quatrième (5e observ. id. *loc. cit.*), même à un cinquième (3e obs. du Mém. de M. Roux, *Gazette médicale*, 1834).

Il est vrai que, chez ces femmes, le travail, facile dans les accouchemens antécédens, a été pénible, ou l'on a été obligé d'appliquer le forceps. Celui-ci cause la déchirure, quelquefois par le défaut d'habileté de celui qui l'emploie; d'autres fois, par l'augmentation de volume qu'il produit, et sa rigidité.

Dans tous ces cas, les parties se déchirent brusquement, que la tension qui a précédé immédiatement l'accident ait été subite ou produite par degrés. Dans le sujet qui nous occupe, on peut assimiler à un accouchement la sortie d'un polype volumineux.

Mais il est une autre série de causes dont la nature et le mécanisme sont différens.

Quoique, comme dit M. Roux, la région occupée par les parties extérieures de la génération et les régions circonvoisines soient peu exposées aux injures des corps extérieurs, la déchirure du périnée peut être produite par des accidens, par des chutes dans lesquelles le périnée porterait sur des corps anguleux.

Dans une observation de Dieffenbach (*Journal des connaiss.*

médic.-chirurgic., mai 1838), une dame de vingt-quatre ans eut les parties génitales et le périnée contus et déchirés par un vase de nuit qui s'était brisé sous elle.

Diverses maladies peuvent la produire : la gangrène spontanée, le cancer, la syphilis. M. Mercier cite (*Journ. des connaiss. médic.-chirurgic.*, mars 1839) le cas d'une malade de M. Roux, dont le vagin et le rectum furent transformés en un véritable cloaque par de nombreuses ulcérations syphilitiques, et qui succomba à la suppuration dont ces parties devinrent le siége.

«Ne pourrait-elle pas provenir aussi de quelque acte volontaire, ou criminel ou insensé? J'ai souvenance, sans pouvoir bien me rappeler la source où ce fait est consigné, qu'une fois cette mutilation du périnée a été le résultat d'une atroce vengeance exercée par un mari sur sa femme qu'il savait lui être infidèle. Il n'est pas jusqu'à l'art lui-même qui ne puisse, dans certains cas, occasionner un tel désordre.

Dans cette revue étiologique ne se trouve pas comprise la division congéniale du périnée. C'est, qu'en effet, c'est chose inouïe, je crois, que les parties extérieures de la génération de la femme et l'anus se soient trouvés confondus par une disposition primordiale. Le périnée paraît échapper à ce vice de conformation si fréquent dans d'autres points de la ligne médiane du corps, à la lèvre supérieure, au voile du palais, au sternum, à la ligne blanche, etc.» (Roux, *loc. cit.*).

Il est bien important d'examiner avec soin, et de fixer par des faits, et les raisonnements qu'ils suggèrent, le sort des malades atteintes de rupture du périnée, soit qu'on les abandonne aux seules forces de la nature, soit que l'art vienne au secours de celle-ci, ou qu'il supplée à son impuissance; en d'autres termes, il faut déterminer si la guérison peut être spontanée, dans quels cas il est permis de l'attendre, enfin, dans quel temps et par quels moyens l'art doit intervenir. Nous trouverons de la dissidence parmi les auteurs sur plusieurs points, et nous verrons des cas heureux soutenir des opinions diamétralement opposées.

Malgré la gravité de cette affection, et l'état déplorable où elle réduit les femmes qui en sont atteintes, quand elle a acquis un certain degré, c'est seulement dans ces derniers temps que les chirurgiens se sont sérieusement occupés de la guérir. Cela tient peut-être (dit M. Velpeau) à l'impuissance des

moyens employés autrefois, ou à ce que la guérison spontanée n'en est pas très rare, car la maladie a existé de tout temps.

«C'est un chirurgien français, Guillemeau, qui le premier pratiqua la suture entortillée, et guérit sa malade en quinze jours. Plus tard, Mauriceau, La Motte, Smellie, ont paru croire qu'on pouvait entreprendre la restauration du périnée, mais sans dire s'ils l'ont pratiquée eux-mêmes. L'opération resta ensuite long-temps dans l'oubli, lorsque, vers la fin du siècle dernier, deux chirurgiens français, Noël, de Reims, et Saucerotte, de Lunéville, l'entreprirent une fois chacun séparément; et réussirent l'un et l'autre par l'emploi de la suture entortillée. Ces deux faits font époque dans la science; pendant long-temps ils ont été les seuls connus, les seuls cités, et ont fait la base unique des brièves considérations consignées dans nos ouvrages classiques sur la restauration du périnée. Boyer ne l'a jamais pratiquée, et se borne à ne pas désapprouver les nouveaux essais qu'on pourrait faire» (Roux, *loc. cit.*). Dubois, M. Paul Dubois, la pratiquèrent sans succès par le procédé de Noël et de Saucerotte. Dupuytren la pratiqua avec succès en 1805, et quoiqu'il n'ait pas attaché grande importance à cette observation, publiée seulement en 1832, elle est assez curieuse sous le point de vue pathologique et moral, pour que je la rapporte ici telle qu'il la racontait lui-même dans ses leçons.

«Je fus appelé par M. Gardien et un autre médecin auprès d'une jeune fille accouchée en secret, et hors de la maison paternelle. L'accouchement s'était terminé par une rupture complète du périnée, qui allait jusqu'à l'anus, et ne s'arrêtait qu'à un demi-pouce de hauteur de la paroi antérieure du rectum. Plusieurs jours s'étaient déjà écoulés depuis: je conseillai et pratiquai la suture à points séparés; aujourd'hui je préférerais l'enchevillée. Après un mois écoulé, la jeune fille était obligée de retourner chez son père, et la réunion n'était point faite. Une suppuration opiniâtre y avait mis seule obstacle, car je n'avais point coupé les fils, et les fils n'avaient point coupé les chairs. Mon avis fut de laisser la suture en place, et que la réunion se ferait. On suivit ce conseil, et je n'entendis plus parler de rien.

«Trois ou quatre ans après, je vis entrer dans mon cabinet de consultation un homme et une femme; mais celle-ci se

tenait en arrière, et me faisait signe comme pour m'inviter à la prudence. L'homme, c'était son mari, m'exposa qu'il n'avait pu consommer le mariage, et qu'il désirait savoir de moi si c'était sa faute ou celle de sa femme. Je la visitai : je trouvai l'ouverture du vagin très étroite, et regardant en avant ; en arrière, le périnée était parcouru par une longue et forte cicatrice. Je conseillai à l'époux de renouveler ses efforts, qui, en effet, furent enfin couronnés de succès. La femme devint enceinte et accoucha, chose remarquable, sans qu'il se fît de nouvelle déchirure. Cette femme était celle que j'avais opérée plusieurs années auparavant ; j'ai su d'elle qu'elle s'était confiée à un médecin qui n'avait coupé mes sutures que quand la réunion avait été complètement faite » (*Gaz. méd.*, 1832, p. 685).

Complètement négligée par les chirurgiens anglais, elle a été pratiquée au commencement de ce siècle par plusieurs chirurgiens allemands, Mursinna, Mentzel, Osiander, et principalement par M. Dieffenbach, de Berlin. Cependant ces faits n'avaient pas eu un grand retentissement en France, quand M. Roux fixa de nouveau l'attention sur ce point de chirurgie, et après avoir échoué par le procédé employé avant lui, décrivit celui qui lui réussit, et qui fut ensuite jugé le plus rationnel et le plus sûr. Depuis, beaucoup de chirurgiens ont pratiqué cette opération avec des succès plus ou moins complets.

La maladie, abandonnée à elle-même, peut amener des résultats variés. J'ai déjà dit que la guérison des déchirures centrales était constante par les seules forces de la nature, et au bout de six à sept semaines. Il y a cependant des exceptions. Dupuytren cite le cas d'une femme chez qui la matrice venait faire saillie au dehors et à travers la déchirure : la suture dans ce cas serait difficile. M. Mercier a proposé de le transformer par la section de la bride vaginale en déchirure incomplète antérieure.

Quand la déchirure est incomplète, la guérison spontanée est constante, et laisse à la suite peu d'inconvéniens, surtout si, comme le conseille Sédillot, on fait coucher la malade sur le côté, si on rapproche les cuisses par un lien, en joignant à cela des soins de propreté : dans ce cas, une adhésion immédiate ou secondaire peut empêcher toute difformité. Cependant M. Dieffenbach prescrit de toujours opérer dans ce cas, à

moins que la déchirure ne soit très peu étendue, à cause de la déformation qu'éprouvent les parties génitales. «En effet, la cicatrice qui se forme est un tissu inodulaire qui agit comme tous les tissus de ce genre : l'anus sert de point fixe à cette bride cicatrisée; les efforts de rétraction étant continus, et agissant sur des parties molles, sans consistance et sans appui, attirent fortement en arrière toutes ces parties, qui, dans l'état normal, sont placées en avant; les lèvres sont amenées près de l'anus; les petites lèvres, allongées outre mesure, ne présentent plus que des cordes tendues, et l'ouverture vaginale est amenée en arrière à très peu de distance de l'anus.» Il fait le tableau des peines morales que ces malheureuses femmes endurent, et de l'abandon auquel elles sont vouées (*Chirurgie* de Dieffenbach).

M. Velpeau permet l'opération quand les femmes la réclament, parce que les difformités favorisent les descentes de l'utérus, et peuvent avoir des conséquences fâcheuses sous le point de vue des rapports et des sentimens conjugaux.

Quand la déchirure est complète, la guérison spontanée est encore possible. «Thymœus dit déjà qu'une femme qui eut le périnée déchiré en totalité guérit sans aucun traitement. Peu affirme qu'une malade, qui avait le périnée fendu au point de ne pouvoir retenir les garde-robes ni les lavemens, n'en finit pas moins par se rétablir complètement; mais il convient d'ajouter que de La Motte, qui prétend avoir vu cette femme trente ans plus tard en Normandie, soutient qu'elle n'était aucunement guérie. Deleurye dit, d'une manière absolue, que ces larges solutions de continuité n'ont pas besoin de la suture. Le périnée fendu jusqu'à l'anus est un accident malheureux, dit Puzos; mais en tenant les membres rapprochés au moyen d'une bande, on en guérit tout aussi bien les femmes qu'avec la suture. Aitken veut, lui, que la suture ne soit jamais admissible alors : en cela, il est appuyé par M. d'Outrepont et par quelques autres accoucheurs modernes» (Velpeau, *Médecine opérat.*). Sédillot dit aussi la guérison possible. Trainel a obtenu la réunion d'une déchirure complète du périnée en onze jours (*Journ. génér. de médecine*, t. IV, p. 427). On ne peut donc pas dire, avec M. Roux, que jamais, dans ce cas, on n'a vu la réunion se faire par les seules forces de la nature.

Cependant, dans l'immense majorité des cas, la guérison

ne peut être obtenue que par une opération chirurgicale. Mais à quelle époque doit-elle être pratiquée? Doit-on la faire immédiatement? doit-on attendre que les bords de la division soient cicatrisés, et que la malade soit complètement rétablie d'ailleurs? C'est là une question importante, et qui mérite de nous arrêter un instant.

MM. Roux et Velpeau sont de ce dernier avis, et de la manière la plus absolue. «Naguère, en effet, les parties rompues ont subi la plus grande violence : elles ont été soumises à une distension extraordinaire; bientôt un gonflement considérable va s'en emparer; il faudrait peu de chose pour qu'elles éprouvassent une inflammation des plus vives, et pour que cette inflammation prît un fâcheux caractère; bientôt aussi elles seront inondées par l'écoulement des lochies, et l'on aurait sans doute beaucoup de peine à tenir les bords de la plaie dans une exacte coaptation, et à faire qu'ils ne fussent pas humectés par les fluides qui doivent couler si abondamment du vagin. Certes, toutes ces circonstances ne sont pas favorables pour le succès de la suture du périnée; et puis, les soins qui devraient suivre l'opération sont-ils bien compatibles avec ceux que réclame l'espèce de maladie qui succède à l'accouchement? Serait-il prudent, d'ailleurs, de soumettre à une opération longue, douloureuse, une femme nouvellement accouchée, un être devenu momentanément si nerveux, si impressionnable, chez qui les moindres émotions pénibles peuvent avoir de si fâcheuses conséquences, et à qui il faudrait faire connaître un malheur qu'elle ignore, sans pouvoir même garantir l'efficacité des moyens qu'on emploie pour y remédier? Non assurément; mieux vaut temporiser, et remettre les tentatives de guérison à l'époque où la santé de la femme est rétablie, où les bords de la solution de continuité se sont revêtus d'une cicatrice, où toutes les parties circonvoisines sont rentrées dans leur état naturel» (Roux, *loc. cit.*).

Ces raisons sont d'un grand poids. M. Velpeau a opéré sans succès une malade dans ces conditions. Mais laissons à son tour parler Dieffenbach. «Faut-il dans tous les cas, et quelle que soit l'étendue de la déchirure, opérer immédiatement le rapprochement des parties par la suture? On ne peut hésiter à se prononcer pour l'affirmative; personne ne mettra en ques-

tion la nécessité de coudre au plus tôt les grandes déchirures: ce point ne peut être contesté. Et quant aux lésions de la première variété (déchirures incomplètes), il ne peut y avoir de doute pour nous. Immédiatement après l'accident, les parties, largement déchirées, offrent une plus grande surface de cicatrisation ; jamais dans les premiers momens, il n'est besoin de faire des incisions latérales pour isoler les sutures, tandis qu'elles deviennent indispensables quand il y a des cicatrices peu mobiles, et se prêtant difficilement à un déplacement, quelque petit qu'il soit.»

«Les sutures doivent être placées à une grande profondeur, et étreindre une grande épaisseur de tissu : c'est parce qu'on a négligé cette précaution que l'on a échoué. Les tissus qui ont été long-temps soumis au travail de l'accouchement sont gorgés de liquides; ils renferment souvent les germes d'une inflammation violente; et lorsque les ligatures sont serrées, elles déchirent toutes ces parties molles qui sont toujours affaiblies à la suite d'un travail inflammatoire» (*Chirurgie* de Dieffenbach, par Philips).

Les faits de guérison spontanée militent en faveur de cette manière de faire qui, d'ailleurs, a été couronnée de succès.

M. Convers fils a réussi peu de temps après l'accouchement. On trouve dans Dieffenbach plusieurs observations très concluantes. L'une d'elles est assez intéressante pour que j'en donne ici les principaux passages; ils apprendront en même temps la manière d'opérer du chirurgien allemand.

Dieffenbach, appelé auprès d'une dame victime de manœuvres malheureuses pendant l'accouchement, trouva les organes génitaux dans l'état suivant : une tuméfaction considérable masquait entièrement leur forme; et lorsqu'on les ouvrait, on voyait une déchirure considérable, ressemblant à un coup de sabre, tant la section des chairs était nette; elle comprenait tout le périnée, le rectum et le vagin, dans une profondeur de trois pouces et demi : en ouvrant davantage cette grande ouverture, on découvrait une fente latérale, longue de deux pouces, et se perdant dans l'épaisseur des muscles du périnée; le rectum, le vagin, la fente latérale, étaient remplis de caillots sanguins durcis, du volume d'un poing et au-dessous desquels ne cessaient de couler du sang artériel et du sang veineux.

Dieffenbach avait été appelé pour sauver cette malheureuse femme d'une mort que l'hémorrhagie rendait imminente, et non pour fermer cette ouverture et rétablir le périnée dans son état primitif. Mais après un examen mûr de la plaie, il pensa qu'il serait utile de profiter de l'état saignant des bords des diverses divisions, et de procéder de suite à leur réunion; c'est ce qu'il fit de la manière suivante : Portant d'abord toute son attention sur le rectum, il fit saisir les deux extrémités inférieures des lèvres de la plaie, sur laquelle il posa une large ligature : ce lien lui fut d'un grand secours pour attirer en dehors l'intestin, qui fut aussitôt cousu par dix points de suture ; il abandonna alors la ligature inférieure qui retenait l'intestin; cet organe, recouvrant sa liberté, remonta rapidement dans sa position normale ; ensuite il agit sur le vagin de la même manière que sur le rectum, c'est-à-dire qu'il plaça une ligature inférieure, afin de fixer au dehors l'orifice vaginal, jusqu'à ce qu'il eût posé les autres points de suture : il fut nécessaire d'en placer douze. La fente latérale qui se trouvait à droite fut fermée par quatre sutures; et enfin, les parties du périnée, rapprochées et cousues, furent le dernier temps de cette opération, qui rendit à ces organes leur forme et leur position normales. La manière dont le périnée fut cousu est intéressante à connaître : d'abord trois grosses aiguilles courbes embrassèrent toute l'épaisseur des tissus, en enveloppant dans l'anse du fil une épaisseur d'un pouce de chaque côté, afin de ne pas déchirer les bords de la réunion, car les tissus étaient assez mous pour donner des inquiétudes à cet égard; ensuite deux grosses épingles traversèrent toute la masse du périnée, et elles furent entortillées avec des ligatures cirées; par ces épingles, on opposa aux tissus une barrière solide : ils ne purent se renverser en arrière, ni se contourner sur eux-mêmes, ce qui eût compromis le succès de l'opération : les épingles furent coupées près des fils; on fit des injections froides dans le vagin et dans le rectum; on continua l'application de fomentations froides sur le périnée ; la malade fut soumise à une diète absolue, et elle prit à plusieurs reprises un quart de grain d'opium, afin d'obtenir une constipation.

Le premier point de suture fut enlevé le cinquième jour, et les autres les jours suivans; la réunion immédiate était formée dans toute l'étendue des parties qui avaient été rappro-

chées par les sutures; quelques jours après l'extraction de la dernière suture, on s'aperçut qu'il existait une petite fistule recto-vaginale qui résista pendant cinq mois à des caustiques, et qu'on cousit plus tard avec succès (7e obs. chirurg. de Dieffenbach).

Dans la sixième observation, il fut appelé dix jours après l'accouchement auprès d'une fille de vingt-six ans, qui avait une déchirure complète du périnée : la granulation des parties l'empêcha de tenter l'opération; mais il plaça un point de suture pour rendre possible un déplacement auquel la malade était obligée de se soumettre; il fit passer à travers le périnée une très grosse aiguille courbe, armée d'une large ligature plate, et, après lui avoir fait labourer l'épaisseur du plan périnéal, en comprenant la paroi recto-vaginale, il serra fortement au dehors le nœud de cette ligature. Ayant revu la malade par hasard un mois après, il trouva une réunion parfaite : la ligature relâchée pendait au dehors; elle fut coupée et facilement emportée.

L'opération échoua dans la septième observation (*Gaz. méd. de Berlin; Journal des connaiss. méd.-chirurg.*, mai 1839), ou du moins la réunion n'eut lieu qu'en partie : elle réussit complètement chez la malade dont le périnée avait été contus et déchiré par la fracture d'un vase de nuit.

Une des plus remarquables est la onzième (*id.*). Une déchirure complète, très considérable, avec lambeau de trois pouces et demi, large de deux, pendant hors la vulve, et produite par l'accouchement d'un enfant fort gros, fut réunie immédiatement au moyen de vingt-quatre sutures, dont trois à anses et cinq entortillées pour le périnée, et guérit, sauf une petite fistule recto-vaginale qui se ferma par la cautérisation.

Quatre autres observations du même auteur, consignées dans la *Revue médicale* (décembre 1838), annonçant le succès d'autant d'opérations pratiquées dans les mêmes circonstances.

Ces faits ont une grande valeur, et semblent prouver plus que l'innocuité de l'opération immédiate. Le raisonnement ne lui est peut-être pas aussi hostile au fond que cela semble d'abord. En effet, elle peut être considérablement simplifiée si on pratique la suture enchevillée : trois ligatures suffisent ordinairement. Elle doit être fort peu douloureuse, car on opère au milieu de tissus qui ne sont pas encore enflammés, et

il n'y a point d'avivement à faire : de simples piqûres ne sont pas capables d'ébranler dangereusement un organisme, même affaibli; la nature de l'opération ne peut augmenter de beaucoup l'inflammation qui doit survenir; elle s'opposerait même à son développement si la réunion était immédiate; les fils, comme je le dirai plus loin, peuvent ne point figurer comme corps étrangers au milieu de la plaie : il sera toujours possible de bien disposer le moral de la malade, et on lui aura évité pendant un temps plus ou moins long les désagrémens de l'infirmité la plus dégoûtante, l'attente et les douleurs d'une opération devenue fort compliquée; enfin l'on n'aura probablement couru que le risque d'un insuccès qui ne compromet en aucune façon les opérations ultérieures.

L'écoulement des lochies n'a pas paru fort embarrassant.

Quoi qu'il en soit, l'opération a été décidée. Nous supposons que, comme cela s'est fait le plus souvent, les parties sont cicatrisées isolément. Il nous faut exposer les précautions qu'exige la malade avant l'opération, les divers procédés qui ont été proposés, les soins consécutifs qu'elle exige, les accidens qui l'ont suivie quelquefois, ses dangers, ses résultats. Il sera facile de supprimer les conditions que n'exige pas l'opération immédiate.

La malade doit être, d'ailleurs, dans un aussi bon état de santé que possible; elle doit être mise à un régime sévère quelques jours avant l'opération; des lavemens, des minoratifs même, doivent lui être administrés pour vider l'intestin; sa tisane doit être légèrement astringente; enfin, elle doit être soumise à l'action de l'opium pour éloigner autant que possible le moment où le besoin de la défécation se fera sentir. La première malade de M. Roux, sous l'influence de ce médicament, qu'elle s'administrait avant l'opération pour pallier son infirmité, resta constipée jusqu'au vingt-deuxième jour. On a essayé plusieurs méthodes. Nous avons déjà dit que M. Sédillot avait guéri des malades par la position après l'avivement.

«M. Montain, qui cependant avait réussi avec la suture, a proposé une longue agrafe, dont les deux branches, armées de pointes qui doivent traverser chacune de leur côté les lèvres préalablement avivées de la division, sont ensuite rapprochées avec toute la force ou toute la modération convenable,

au moyen d'une vis transversale; mais cette agrafe, qui ne s'appliquerait exactement qu'aux fentes de la cloison recto-vaginale, ne tarderait pas à devenir insupportable, même dans ce cas-là, chez la plupart des femmes. Il n'est pas probable, en conséquence, qu'elle reste dans la pratique» (Velpeau).

Les autres méthodes sont la cautérisation et la suture.

La cautérisation par le fer rouge ou par les caustiques a été recommandée par Sédillot, puis par M. Velpeau en 1832, et surtout par M. Jules Cloquet.

Pour la pratiquer, la malade est placée comme pour l'opération de la taille, c'est-à-dire couchée sur le dos, les membres abdominaux écartés, fléchis et maintenus dans cette position; les lèvres de la division sont aussi maintenues écartées par des aides. Le chirurgien, placé entre les jambes de la malade, introduit dans le rectum son indicateur gauche recouvert d'un dé de diachylon, au moyen duquel il soulève la cloison, et met en évidence le cul-de-sac de la division : alors il porte rapidement dans ce point un cautère conique ou en roseau de petit volume, et rougi à blanc, et il touche aussi légèrement que possible le fond de la plaie, et de chaque côté les parties voisines de ce point : des lotions préviennent ou modèrent l'inflammation qui se développe; les escharres tombent, la granulation se forme; il se produit graduellement une cicatrisation. On recommence la même manœuvre quand le travail qu'on a suscité est achevé, c'est-à-dire au bout de douze à quinze jours. Par ce moyen la cloison s'abaisse peu à peu, l'angle que formait la division devient de plus en plus obtus, et il se rapproche insensiblement de la surface du périnée à un degré proportionnel au succès de l'opération.

J'ai vu et traité, à la Clinique, une femme qui, par cette méthode, a recouvré la faculté de retenir à volonté ses excrémens. Cependant on lui reproche d'être insuffisante, et de produire l'induration des tissus.

On a employé, pour coudre le périnée, des sutures de diverses espèces. Guillemeau fit la suture entortillée; Mauriceau, La Motte, Smellie, ont conseillé la suture à points passés; Saucerotte, Noël, M. Dubois, employèrent la suture entortillée. M. Roux suivit le même procédé; mais n'ayant pas été heureux, il imagina de lui substituer la suture enchevillée. M. Montain avait déjà fait quelque chose d'analogue.

Quoiqu'elle ne soit pas indispensable, elle mérite la préférence. Elle a été employée exclusivement par M. Roux; M. Velpeau l'a pratiquée deux fois avec succès; M. Convers une fois; je l'ai moi-même pratiquée l'année dernière, mais avec des modifications dont je rendrai compte plus loin. Cette suture a, sur la suture entortillée, l'avantage de pouvoir embrasser les tissus plus profondément au moyen des aiguilles qu'on emploie; les fils ne sont pas aussi droits ni aussi rigides que des aiguilles droites; les cylindres rapprochent plus profondément les lèvres de la plaie, et procurent leur juxta-position sans les étreindre, presque sans courir le risque de les déchirer. J'ai déjà décrit le procédé de Dieffenbach; mais je dois rappeler ici que quand l'opération ne suit pas immédiatement la déchirure, il conseille de faire de chaque côté, en dehors des points de suture, une grande incision en arc de cercle pour faciliter la coaptation.

La position de la malade est celle que j'ai indiquée déjà en parlant de la cautérisation. On pratique l'avivement au moyen de bistouris et de pinces à disséquer: il doit porter très exactement sur toute la surface que l'on veut réunir, et cependant il ne faut enlever qu'une pellicule fort mince: il est de règle de procéder des parties profondes et déclives vers les parties superficielles.

Les fils doivent représenter chacun un ruban large de deux lignes, terminés d'un côté par une anse. On peut se servir d'aiguilles courbes ordinaires, ou courbées en moitié de cercle, comme celles de M. Roux, ou bien des aiguilles de M. Vidal. Elles sont à manche, presque droites et fenêtrées près de leur pointe. Quelles que soient celles qu'on adopte, la plaie étant abstergée, le chirurgien, qui peut débuter indifféremment par le point antérieur ou postérieur, «enfonce son aiguille de dehors en dedans à travers la lèvre gauche de la plaie, au moyen de la main droite, en ayant soin de commencer à cinq ou six lignes en dehors de la surface saignante, et de ressortir très près du tissu muqueux. Une bonne pince, quand les doigts ne suffisent pas, sert à soutenir les tissus pendant qu'on les traverse aiusi.

«L'aiguille est aussitôt portée avec la même main, de dedans en dehors, et par le fond de la plaie, à travers l'autre lèvre de la division, de manière qu'elle sorte de la peau à une égale

distance des tissus avivés. On s'y prend de la même manière pour le second et le troisième point» (Velpeau, *Méd. opér.*), car ordinairement trois suffisent. Parvenue là, l'opération n'a plus rien de particulier : on se sert de bouts de sonde comme chevilles, et on assujettit les fils au moyen d'une rosette.

Dans sa première opération, pour affronter plus exactement les bords de la plaie, M. Roux avait passé, en même temps que les ligatures principales, des fils simples avec lesquels il fit au-devant de la réunion des sutures simples.

L'année dernière, je reçus dans mon service une lingère de Montargis, âgée de vingt-sept ans, et qui, à la suite de son premier accouchement, eut une déchirure complète du périnée : elle en avait aussi toutes les incommodités. Je vais dire ce que l'observation de cette femme a d'intéressant sous le point de vue de la méthode que j'ai employée, et de l'accident particulier qu'elle a présenté. Elle vint à Paris, quatre mois et huit jours après l'accident. Un mois après son entrée, M. Rigaud, qui me remplaçait, fit une première suture le 7 septembre 1839 : il plaça neuf fils. Une première selle, le cinquième jour, filtra en quelque sorte dans leur intervalle ; on ôta quatre sutures ce jour-là, et les cinq autres furent enlevées le neuvième : la réunion ne s'était pas faite. Une seconde opération fut pratiquée, le 25 octobre, sans plus de succès.

Au mois de décembre, je commençai à cautériser cette femme par le procédé indiqué plus haut : trois cautérisations successives, à douze ou quinze jours d'intervalle, diminuèrent un peu l'étendue de la division, et consolidèrent ses parties profondes. Mais un dévoiement qui dura six semaines, des accès de fièvre, me firent renvoyer cette malade dans son pays. Revenue le 1er juillet 1840 en bonne santé, je pratiquai, le 16, une suture enchevillée, mais modifiée ainsi : après avoir traversé la lèvre gauche de la plaie, je traversai de bas en haut la cloison, puis de haut en bas, vers son bord droit, de façon à placer une anse de fil dans le vagin, puis j'achevai ce point de suture en traversant la lèvre droite de dedans en dehors, comme dans les autres procédés. Un point fut passé à la partie moyenne de la division; un troisième point, semblable au premier, fut placé en bas, de manière qu'il y eut une anse dans le rectum. Les ligatures furent serrées sur leurs chevilles.

Ce procédé, fort simple, a l'avantage très grand d'amener

très exactement toutes les parties au contact, et de ne laisser dans la plaie qu'une très petite étendue des fils. Le premier point de suture fut ôté le sixième jour, et les autres le neuvième. Je me suis reproché de les avoir laissés un peu trop. Cette circonstance est sans doute la cause de l'accident qui est survenu chez cette femme. Les deux ouvertures cutanées inférieures sont restées fistuleuses, et ont toujours fourni depuis des gaz et des matières stercorales liquides comme de véritables fistules de l'anus. Malgré cela, la femme se guérit parfaitement. La première selle eut lieu le treizième jour; le cathétérisme fut pratiqué pendant dix-huit jours. La malade alla se délasser dans son pays le 24 octobre. Elle est revenue le 21 avril 1841, pour faire opérer ses fistules. J'ai opéré la première le 27, la seconde le 5 mai. La cicatrisation en est aujourd'hui presque complète.

Les soins consécutifs sont de la plus haute importance pour le succès de l'opération. La malade doit être placée dans son lit avec précaution: elle restera sur le dos, les jambes et les cuisses moyennement fléchies, et maintenues dans cette position au moyen de coussins placés sous les jarrets; les cuisses doivent être rapprochées pour éviter la tension de la plaie, mais pas assez, cependant, pour faciliter la stagnation des liquides, de la sueur, et même d'un air méphitique. Cette position permettra de voir ce qui se passe dans le lieu malade, de faire les lotions nécessaires, les injections vaginales avec la camomille, que conseille Dieffenbach, et de pratiquer le cathétérisme. Il vaut mieux le répéter plusieurs fois, que de placer une sonde à demeure dans la vessie; les mèches dans l'anus et la vulve sont au moins inutiles.

La première garde-robe est une chose qu'il faut surveiller avec le plus grnd soin; il serait bon de la suspendre jusqu'à parfaite consolidation, autrement on facilite l'expulsion des matières dures par des lavemens huileux, par la position de la malade ou on en fait l'extraction, ou bien encore on les rend plus molles au moyen de purgatifs légers.

Le temps pendant lequel on doit laisser les sutures est une chose importante à préciser: en les laissant plus de quatre à cinq jours, on court risque de voir survenir de l'inflammation autour des fils, un agrandissement considérable de leur ouverture, enfin l'établissement de fistules, comme je l'ai

raconté plus haut. Chez une femme que j'opérai, à la Salpêtrière, par la suture enchevillée, leurs trajets furent convertis en énormes trous; la réunion ne se fit point, et je perdis ma malade.

Quelques complications empêchent de pratiquer l'opération; d'autres doivent être d'abord détruites, ou au moins diminuées avant de l'entreprendre. Ainsi il serait inutile de pratiquer la suture du périnée chez une femme atteinte en même temps de fistule vésico-vaginale: l'urine coulant continuellement sur la plaie en empêcherait l'agglutination.

Les chutes de matrice, du vagin, du rectum, compromettent singulièrement le succès de l'opération. En effet, ces organes viennent sans cesse appuyer contre la suture, et détruiraient l'adhérence si elle s'était formée. Ces accidens ont été notés par M. Roux.

Généralement, les résultats de la restauration du périnée ont été heureux; il faut cependant être en garde contre plusieurs sortes d'accidens ou de dangers. Souvent le vagin devient le siége d'un flux puriforme abondant. Dans tous les cas observés par M. Roux, il y a eu impossibilité d'uriner.

Deux dames dont parle M. Velpeau ont été prises, le troisième jour, d'hémorrhagie assez abondante pour causer des syncopes, et donner de l'inquiétude au chirurgien; cependant ce n'étaient que des déchirures incomplètes. Quelquefois la réunion ne se fait point, ou elle se détruit par quelque circonstance malheureuse, ou elle est incomplète; alors il faut recourir à l'opération deux ou trois fois.

Souvent il arrive que les bords de la division sont séparés près de l'anus; il semble alors qu'on ait pratiqué au malade l'opération de la fistule : des mêches et un pansement convenable ont toujours réussi à achever la cicatrisation.

Un accident plus commun, c'est la persistance d'une petite fistule recto-vaginale. La cautérisation paraît en avoir guéri quelques-unes; Dieffenbach en a débarrassé une de ses malades par l'avivement et la suture; d'autres fois elles persistent. Je rappelle seulement ici les fistules de la malade que j'ai opérée.

Enfin plusieurs malades sont mortes : deux sur treize, opérées par M. Roux, l'une de phlébite et de résorption purulente, l'autre d'une entérite chronique. Une sur deux, opé-

rées par M. Velpeau : la malade a succombé à une péritonite qu'il a supposé déterminée par continuité au moyen des trompes. M. Mercier parle d'un quatrième cas de mort. J'ai perdu moi-même une malade de la Salpêtrière. M. Dieffenbach, qui a opéré un grand nombre de malades, paraît n'en avoir perdu aucune.

Il ne paraît pas qu'on ait été obligé de remédier par une opération chirurgicale au rétrécissement consécutif de la vulve. A. Bérard.

Grandys (M.). *Diss. sur la déchirure du périnée et de la cloison recto-vaginale dans l'accouchement.* Thèse. Strasbourg, 1835, in-4°.

PERIOSTE (maladies). — Sous l'influence de causes externes ou internes, le périoste est fréquemment malade : son état pathologique le plus ordinaire est une inflammation dont le début est souvent fort difficile à saisir ; mais comme cette inflammation paraît exister constamment à un degré variable, il est des chirurgiens qui, sous le nom de *périostite*, comprennent toutes les affections de cette membrane, à part quelques lésions locales que nous indiquerons. D'un autre côté, le périoste étant uni étroitement, et par de nombreux vaisseaux avec les os qu'il revêt, il arrive aussi presque toujours que ses affections sont liées avec celles du système osseux : de cette double circonstance résulte une grande difficulté.

En premier lieu, il est difficile de classer rigoureusement les diverses formes de maladie que peut présenter cette membrane. Pour quelques-uns, toute tuméfaction avec ou non-présence d'un produit quelconque sera une périostite, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique : ainsi, on a décrit sous le nom de *périostite* les *gommes*, nommées par d'autres *périostoses*. Dans une autre manière de voir, certains états qui ont bien pu, à leur début, être accompagnés d'inflammation, mais qui actuellement n'en présentent plus de traces marquées, seront des affections qu'il faudra décrire isolément : par exemple, les gommes, les périostoses dures ou osseuses, etc. Ici, l'embarras est le même que pour l'histoire de l'ostéite : on est placé dans l'alternative d'accorder trop ou trop peu à l'inflammation.

En second lieu, la nutrition du périoste et celle de l'os se faisant par des vaisseaux communs, les deux parties étant immédiatement appliquées l'une sur l'autre, elles sont presque toujours affectées simultanément, à un certain degré au moins; et de là une autre difficulté très grande pour savoir si la maladie a commencé par l'os ou par le périoste, d'autant plus que les parties étant profondément situées, on ne les a que très tardivement sous les yeux. La chose est même au point que, souvent, la pièce pathologique à la main, on est embarrassé pour se prononcer, et qu'on ne se décide que par conjecture.

Pour ces deux motifs, l'histoire des maladies du périoste est encore peu avancée; se trouvant liée à celle des diverses affections des os, elle est morcelée dans les traités de chirurgie; elle est partout et à peu près nulle part : un petit nombre de travaux spéciaux lui ont été consacrés, et nécessairement ils se sont ressentis des difficultés du sujet. Qu'on ne s'étonne donc pas si, dans le tableau qui va suivre, on peut signaler des lacunes.

Lésions mécaniques. — Elles sont fréquentes, et arrivent par cause directe, à la suite d'un coup, d'une chute, ou par cause indirecte en même temps qu'il y a fracture d'un os. On peut admettre des blessures par instrument piquant, tranchant, contondant, ou encore par arrachement. Les blessures du périoste par instrumens piquans ou tranchans méritent peu d'intérêt : elles se cicatrisent promptement s'il n'y a point de complication; mais celles par contusion sont plus importantes à considérer.

Ici il faut distinguer plusieurs cas. Le périoste peut avoir été simplement broyé, détruit sur place : alors il se mortifie ou bien il est détaché de l'os, décollé dans une plus ou moins grande étendue. Ce décollement est facile à produire : pour peu que le corps contondant arrive obliquement, il glisse sur la surface osseuse, et enlève pour ainsi dire une écorce qui tient au reste des chairs, et fait partie du lambeau : on voit cela au crâne, sur la face interne du tibia. L'écrasement et le broiement de la membrane n'a lieu, au contraire, que lorsque le coup frappe tout-à-fait perpendiculairement; du reste, le choc peut être trop faible pour dé-

truire complètement le périoste, et souvent il n'y a que contusion simple suivie d'une inflammation. Les déchirures du périoste ont encore lieu autrement que par des contusions de dehors en dedans. Dans une fracture, un fragment peut rompre la membrane en pressant de dedans en dehors ; dans un choc ou dans un coup sur l'angle d'un os, la déchirure des parties molles se fait de la partie profonde à l'extérieur, suivant M. Velpeau, et c'est l'os qui coupe lui-même les parties qui les recouvrent. Il y a des fractures dans lesquelles le périoste n'est point rompu. M. Maisonneuve en rapporte un exemple remarquable observé à la clinique de Dupuytren : On avait soupçonné une fracture du tibia, quoique en l'absence de mobilité et de crépitation. A l'autopsie, le chirurgien crut un instant qu'il s'était trompé, et ce ne fut qu'après avoir dépouillé l'os de son périoste *demeuré intact*, qu'il trouva, en effet, la fracture (M. Maisonneuve, *Thèse pour l'agrégation* 1839, p. 48). Cette circonstance est probablement plus fréquente qu'on ne le pense généralement : plusieurs exemples de fracture de la clavicule sans déplacement s'expliqueraient aussi bien de cette façon qu'en admettant une fracture incomplète de l'épaisseur de l'os.

Lorsqu'un lambeau du périoste est détaché d'un os, la surface osseuse sous-jacente est-elle nécessairement exposée à la nécrose ? La plupart des chirurgiens qui ont indiqué une réponse affirmative ont rapporté eux-mêmes des observations où le contraire avait eu lieu. J.-L. Petit dit expressément : «Tous les os qui sont découverts de leur périoste ne s'exfolient pas» (aphor. 26, *Maladie des os*, t. II, p. 491). Aujourd'hui cette opinion contraire n'a plus besoin d'être prouvée ; on sait même qu'il faut, pour éviter l'exfoliation, suivre le conseil de Belloste, «procurer la réunion de la plaie le plus tôt qu'il sera possible ; par ce moyen, l'os se recouvre promptement, et on évite l'exfoliation, qui est absolument nécessaire quand on a donné le temps à l'air d'y faire ses impressions» (*Chirurgien d'hôpital*, p. 62). On sait encore que la nécrose est moins commune chez les enfans que chez les adultes et les vieillards ; mais il ne faut pas s'y tromper cependant : la mortification arrive fréquemment d'une manière secondaire, et à la suite de la suppuration, quand la réunion n'est pas primitive.

La *contusion* peut n'occasionner aucune rupture du périoste,

mais déterminer seulement entre lui et l'os l'épanchement d'une certaine quantité de sang. Ce sang accumulé décolle la membrane, et la soulève dans une étendue proportionnée à l'épanchement; puis il est résorbé, ou bien il sert de noyau à une de ces tumeurs que nous signalerons plus loin. Plusieurs accoucheurs ont regardé le *céphalæmatome* comme le résultat d'un de ces épanchemens de sang.

Périostite. — Il est utile de la distinguer en aiguë et en chronique. L'inflammation *aiguë* peut être normale en quelque sorte, et, à cet état, elle existe dans la formation du cal des fractures; elle existe encore lorsque le périoste est obligé de faire les frais d'une ossification nouvelle pour remplacer un os mort en totalité ou dans les couches superficielles : alors c'est moins une maladie qu'un résultat bienfaisant de l'organisme.

A l'état de maladie véritable, la périostite aiguë se développe sous l'influence de causes locales ou générales. Parmi les causes locales, on doit en distinguer plusieurs : tantôt c'est une simple contusion qui donne lieu à l'accident; tantôt c'est l'application d'un caustique actuel ou potentiel; d'autres fois le simple voisinage d'une autre inflammation, d'un ulcère, par exemple, qui s'étend jusqu'à l'enveloppe des os. J'ai vu l'application du fer chaud employé pour arrêter des hémorrhagies, amener un décollement du périoste dans une grande étendue sur les os voisins, et en particulier sur ceux de la face. Tout le monde sait que les ulcères qui existent longtemps au devant de la jambe sur la face interne du tibia, finissent par causer à la longue une inflammation du périoste sous-jacent : de là ces états rugueux et irréguliers qu'on observe sur les os de pareils individus. L'altération osseuse peut même indiquer presque exactement quelle était l'étendue de l'ulcère. A la suite des amputations dans la continuité, la périostite arrive fréquemment, et elle peut naître de trois manières différentes : ou bien parce que le périoste, contus et mâché par les dents de la scie, s'enflamme de prime abord; ou bien, parce qu'il s'enflamme après l'inflammation de la membrane médullaire, laquelle est liée médiatement avec lui par des vaisseaux; ou bien enfin, parce que la phlogose a commencé par l'os lui-même. Souvent l'inflammation marche concomittamment dans ces trois parties. Au reste, pour des raisons qui ont déjà

été exposées ailleurs (*voy.* Os, malad.), l'inflammation de l'une quelconque de ces trois parties a de la tendance à se communiquer aux deux autres.

Les causes générales sont nombreuses. Le scorbut, les scrofules, ce que l'on nomme la *disposition rhumatismale*, et, pardessus tout, la syphilis, sont très souvent la cause de périostite. J.-L. Petit a vu, chez des malades morts de scorbut, «le périoste détaché de l'os en bien des endroits : il sortait de dessous une lymphe brune, noirâtre, tirant sur le rouge foncé, qui était d'une odeur insupportable.» Mais le scorbut porte à la fois sur le périoste et sur l'os, qui est gonflé, ramolli, etc., comme l'a déjà signalé depuis longtemps Poupart (*Mém. de l'Acad. roy. des sciences*, 1699, p. 169). On pourrait même justement contester à cet état le nom de *périostite*: c'est plutôt une altération gangréneuse. Chez les scrofuleux, l'inflammation du périoste, avec toutes ses suites, est chose fréquente. Il en est de même chez ceux que l'on regarde comme rhumatisans. Beaucoup d'altérations des os ne reconnaissent pas une autre cause que cette influence rhumatismale, avec intervention d'une cause occasionnelle, comme le refroidissement humide. Quant au vice vénérien, son influence est telle, qu'un grand nombre de pathologistes le regardent comme la cause ordinaire et presque unique de toutes les variétés de périostite. Suivant certains auteurs aussi, le mercure serait souvent la cause de la périostite. «On voit, dit M. Graves, de Dublin, dans la nombreuse collection de crânes conservés à Leyde, des personnes mortes des ravages qu'avait faits le mercure sur le tissu osseux» (*Mém. sur la périostite.* Dans *Gaz. méd.*, 1833, p. 604). Ce médecin ajoute qu'il a vu une périostite sur un homme qui avait été traité par le mercure pour une affection au foie. Hennen pense également que l'administration du mercure a de l'influence sur le développement de la périostite et des périostoses syphilitiques. Pearsons croit à une influence combinée de la syphilis et du mercure.

Enfin, nous signalerons que le voisinage de cancer, d'hydatides ou de tubercules dans un os peut déterminer l'inflammation de la couche de périoste qui le recouvre, car, nous l'avons déjà dit, presque toutes les affections du tissu osseux donnent lieu à la périostite. Cette inflammation se montre aussi à la suite de certaines fièvres graves.

Quoique l'affection puisse attaquer tous les os du squelette, néanmoins elle siége plus fréquemment dans ceux qui sont superficiels. La périostite syphilitique atteint surtout les os de la tête, le tibia, le fémur, le sternum, la clavicule, et l'omoplate : elle se présente dans les deux sexes; la forme rhumatismale ou scrofuleuse est plus fréquente chez les enfans, la syphilitique, chez les adultes.

A l'état aigu, elle peut se terminer par résolution, suppuration, gangrène et ulcération. La résolution, il n'est pas besoin de le dire, est la fin la plus favorable. La suppuration n'est pas aussi rare que l'ont dit quelques pathologistes. D'après Usher Parsons, elle n'aurait jamais lieu, et il s'appuie sur l'inflammation des fibro-cartilages articulaires qui s'ulcèrent sans suppurer. On sait aujourd'hui que la structure de ces deux parties est bien différente, et il n'est pas douteux que la périostite ne puisse se terminer par suppuration : soit à la suite des amputations, soit après une périostite idiopathique, on voit du pus déposé à la face interne du périoste, entre lui et l'os sous-jacent. Cette suppuration se montre principalement lorsque la maladie est le résultat d'une cause traumatique; elle est plus rare après les périostites constitutionnelles, quoiqu'on l'observe encore dans les scrofules et le rhumatisme. La gangrène ne se montre guère qu'après une périostite très intense : on la voit surtout lorsque le pus d'un abcès voisin a longtemps séjourné sur un os, ou encore lorsque l'os et son périoste ont été longtemps exposés au contact de l'air. Ce mode de terminaison donne nécessairement lieu à l'ulcération de la membrane.

Si on examine le périoste pendant les diverses périodes de son inflammation aiguë, on observe des états différens. Au degré le plus simple, la membrane est seulement injectée, sans épaississement sensible; le tissu cellulaire ambiant et l'os recouvert présentent la même injection : alors le périoste est peu adhérent à l'os, et on peut le détacher facilement sous forme de membrane : c'est ce que l'on voit si l'on examine l'os du moignon d'un amputé mort peu de temps après l'opération. A un degré un peu plus avancé de la maladie, le périoste est d'un rouge plus marqué et épaissi : on dirait qu'il est infiltré d'une certaine quantité de liquide; il se détache encore facilement de l'os auquel il est uni. Si l'inflammation tend à passer à

l'état chronique, la membrane est moins rouge, plus épaisse, plus dense, et adhère fortement à l'os. A cette époque peuvent se faire les divers dépôts dont nous parlerons plus tard, et qui ne se montrent que dans l'état chronique.

Lorsqu'il y a suppuration, le périoste est encore épaissi, fongueux, et comme villeux à sa surface; du reste, il peut suppurer par sa face extérieure et par sa face profonde. S'il y a un abcès voisin, la membraue s'épaissit d'abord, et oppose pendant un certain temps une barrière au produit de la suppuration; mais peu à peu elle s'enflamme elle-même, fait partie du foyer, suppure, et est détruite à la longue, en sorte que le pus arrive jusqu'à l'os : c'est souvent de cette manière que des abcès finissent par attaquer les os, et on voit quelque chose de semblable à la suite des ulcères chroniques situés au devant des os superficiels. D'autres fois le pus commence à se former entre l'os et le périoste : c'est alors la face externe de la membrane qui s'épaissit; mais il arrive encore que le liquide s'échappe à travers une éraillure, et gagne le tissu cellulaire voisin, pour peu que l'inflammation marche avec intensité. J'ai vu un exemple de ce genre chez un jeune garçon de quinze ans. Il se développa spontanément un abcès profond à la région interne et à la partie inférieure de la cuisse; ce ne fut qu'au bout de plusieurs jours qu'on reconnut la fluctuation: l'abcès fut ouvert, mais le malade mourut peu de temps après. Le périoste était décollé dans l'étendue de plusieurs pouces à la face interne et postérieure du fémur; il était boursouflé, éraillé en plusieurs points; du pus existait entre lui et l'os, qui était légèrement injecté, et comme dépoli; on trouva une péricardite aiguë, et quelques renseignemens portèrent à croire qu'il y avait eu intervention d'une cause rhumatismale.

Dans un cas que j'ai mentionné plus haut, où le cautère actuel avait été appliqué avec beaucoup d'action autour des os de la face, le périoste s'enlevait facilement et largement à la surface de l'os jugal et d'une partie du maxillaire supérieur; il n'était pas sensiblement épaissi; sa couleur n'avait pas changé; l'os avait aussi à peu près son aspect ordinaire, et ne montrait pas d'injection; une légère humidité lactescente était interposée entre l'os et la membrane.

Je n'ai pas à décrire ici les suppurations du péricrâne dans les plaies de tête : on sait qu'elles s'accompagnent fréquem-

ment d'un état semblable dans le point opposé de la dure-mère.

Dans la périostite avec mortification du périoste (*périostose nécrotique* de Pearsons), la membrane se détache sous forme de fibres ou de lambeaux que l'on voit quelquefois assez longtemps à nu et décollés sur l'os, et qui finissent par être entraînés par la suppuration. Ce sont ces mortifications partielles qui permettent au pus, d'abord arrêté par la membrane épaissie, de passer à travers des éraillures.

La périostite, même aiguë, marche presque toujours d'une manière lente et insidieuse : il y a des douleurs sur le trajet d'un os qui est plus ou moins sensible à la pression; mais, en l'absence de suppuration, il est bien difficile de dire si le mal affecte l'os ou le périoste : bien souvent l'os est malade en même temps que sa membrane, et particulièrement dans les cas où la cause est scrofuleuse ou syphilitique. Si l'os est superficiel, si l'inflammation a de l'intensité, on aperçoit, après un certain temps, une tuméfaction ave empâtement, qui est d'abord dure et résistante, et ne s'amollit que lentement; enfin on peut y sentir de la fluctuation, et alors on n'a plus de doute sur la formation d'un abcès. Pour des os profondément situés, le diagnostic est encore beaucoup plus embarrassant : on ne fait que soupçonner la maladie par la persistance et la fixité des douleurs sur un point circonscrit du squelette, et aussi par la considération des causes qui ont agi, ou qui agissent sur le malade. On peut ignorer précisément si l'inflammation a commencé à la surface de l'os ou dans la membrane, à moins que la phlogose n'ait gagné du dehors au dedans par le voisinage d'un ulcère ou d'un abcès; mais, en réalité, cette connaissace importe assez peu, car les deux parties sont toujours, ou presque toujours altérées ensemble.

Lorsque l'inflammation est très intense, et se termine par suppuration, il survient un état général quelquefois inquiétant, même lorsque la maladie est circonscrite. Chez un des malades de Crampton, il y avait une fièvre très forte, une insomnie complète depuis plusieurs jours, et de très vives douleurs sur un point du tibia. Le chirurgien fit une large et profonde incision sur la partie douloureuse et tuméfiée : il ne sortit point de pus, mais aussitôt le malade fut soulagé, et la plaie guérit promptement. Chez un autre malade du même

chirurgien, l'inflammation, qui parut d'abord sur le côté du nez, et sous forme d'une petite tumeur, s'étendit, à la manière d'un érysipèle, à toute la partie antérieure du front : du pus sortit par le nez; les accidens généraux amenèrent la mort, et on trouva du pus sous le périoste et sur la dure-mère dans toute l'étendue du frontal; il y avait aussi du pus dans la pie-mère.

M. Graves a décrit avec quelques détails la périostite de la tête. Il en distingue plusieurs formes : dans deux d'entre elles, il y a à la surface du crâne une légère saillie douloureuse à la pression, et qui est le centre d'une douleur circonscrite ou étendue à toute une moitié de la tête. Dans une troisième variété, l'inflammation est diffuse : point de tuméfaction ni d'empâtement; douleurs répandues à toute la tête, et dont le malade ne peut assigner le point de départ; tête lourde; yeux abattus et larmoyans; bientôt il y a perte du repos; les douleurs, jusque-là rémittentes, deviennent continues et insupportables, surtout pendant la nuit, qui est sans sommeil : dans un tel état, dit l'auteur, on croit avoir affaire à une affection du cerveau, et l'on traite le mal en conséquence; mais les antiphlogistiques, les linimens narcotiques, n'amènent aucune amélioration. Au bout de quelques jours de ce traitement inutile, on remarque une légère sensibilité du cuir chevelu à la pression. Ce signe est suffisant pour faire reconnaître une inflammation profonde, qui, d'abord fixée à la face interne de l'os, s'est portée vers l'extérieur au périoste : alors le calomel à haute dose est le seul moyen à employer : on le donnera de 24 à 30 grains par jour; si la douleur ne cède point après plusieurs jours, il faut continuer, même un peu après l'établissement de la salivation, et on voit enfin la maladie céder.

Cette périostite du crâne pourrait exister aussi à l'état chronique, suivant le même médecin. Il rapporte qu'un jeune homme souffrait depuis longtemps de la tête, et particulièrement au côté droit du front; il avait des convulsions épileptiformes qui revenaient à des époques de plus en plus rapprochées. Guidés par une légère saillie que l'on apercevait à la partie antérieure et droite du front, et par quelques douleurs qu'on déterminait en ce point, les docteurs Graves, Colles et Crampton, soupçonnèrent une maladie des os et de leurs membranes; ils éloignèrent l'idée d'une trépanation que l'on proposait au malade, firent administrer du calomel à haute dose, «et, est-il dit en

terminant, depuis trois semaines que la salivation est bien établie, il n'y a plus eu de douleurs ni de convulsions» (*Gaz. méd.*, 1833, p. 603). Cette variété de périostite et les deux précédentes peuvent être prises pour des névralgies. «J'ai vu, dit M. Graves, le carbonate de fer, donné à haute dose par un médecin très renommé, pour guérir une douleur d'un côté de la tête due à une névralgie : c'est une erreur dans laquelle on tombe facilement, et que j'ai commise moi-même.» Il n'est peut-être pas bien certain que, dans les cas cités, et dans le dernier, en particulier, il y ait eu vraiment périostite.

On a déjà vu que la périostite est susceptible de terminaisons diverses. On pourrait admettre un degré sub-aigu dans lequel le périoste, devenu plus vasculaire et épaissi, sécrète un liquide organisable entre lui et la surface osseuse : l'os alors présente peu d'altération qui lui soit propre; mais si du pus s'amasse entre les deux parties, si la membrane attaquée de dehors en dedans par une suppuration voisine se mortifie, presque toutes les maladies dont est susceptible le tissu osseux peuvent se présenter. Il y a des nécroses, des caries, qui évidemment ne reconnaissent pas d'autre cause. Autour du point le plus malade, le périoste, moins altéré, sécrète des produits organisables, et l'os lui-même s'enflamme et réagit à divers degrés : de là ces états très compliqués dans lesquels il est difficile de distinguer les nuances de plusieurs altérations, d'assigner le point de départ primitif, et de tracer la marche successive des accidens. Dans un fait de ce genre très remarquable, communiqué à l'Académie de médecine par M. Ballot, de Gien, des douleurs sourdes et profondes autour du genou, puis un abcès qui fut ouvert vers le quart inférieur de la cuisse, puis de l'amaigrissement et des accidens généraux, le tout ayant débuté probablement sous l'impression d'un froid humide, furent les principaux symptômes; et après la mort, qui arriva promptement, eu égard à la lenteur ordinaire de ces affections, on trouva des désordres très variés dans le fémur et l'os iliaque : il y avait des nécroses, des caries, des sécrétions périostiques, des canaux sanguins nombreux et élargis dans toute l'épaisseur des os malades; et cependant on peut croire, avec M. Gerdy, auteur d'un rapport sur les pièces pathologiques, que le mal a commencé par une inflammation rhumatismale qui s'est fixée peut-être sur

les parties molles articulaires de la hanche et les muscles de la cuisse, mais principalement sur le périoste de l'os iliaque et du fémur (*Expérienc. Journ.*, n° du 6 février 1840, et le suivant). Ceci nous prouve donc combien les maladies de l'os et du périoste sont liées entre elles; et il ne faut jamais perdre de vue que c'est cette liaison qui fait la gravité de la périostite. Le danger résulte de la suppuration entretenue par les séquestres ou par la carie : aussi lorsque l'acuité et la fixité des douleurs sur le trajet d'un os, lorsque la nature de la cause, le gonflement même léger, la rougeur et la tension des parties molles, indiquent la terminaison par suppuration de la périostite, faut-il se hâter d'inciser sur le point douloureux, afin de donner issue au pus : plus celui-ci restera sur place, plus il y aura chance au décollement du périoste et aux altérations secondaires de l'os. Malheureusement la marche de l'affection est insidieuse, et son diagnostic souvent très difficile, comme nous l'avons déjà dit.

Au début de la maladie, on emploiera les antiphlogistiques locaux et généraux si la force du malade le permet. M. Graves conseille les vésicatoires *loco dolenti*, simples ou pansés avec l'onguent de sabine, concurremment avec les sangsues. Il a aussi retiré avantage d'un emplâtre émétisé quand les vésicatoires n'avaient pas produit d'amélioration : les bains locaux ou généraux seront très utiles : en même temps on pourra prescrire un traitement interne. M. Graves vante beaucoup le calomel à haute dose, et nous avons déjà rapporté les succès qu'il lui attribue dans les périostites du crâne : il recommande de le faire continuer même trois et quatre jours après la salivation, parce que, dit-il, c'est souvent alors seulement qu'il produit un bon effet; enfin, il conseille encore le colchique après des émissions sanguines préalables. Le traitement interne devra être subordonné à l'intensité de l'inflammation et à la nature de la cause générale qui pourrait tenir la périostite sous sa dépendance.

Le meilleur moyen pour arrêter la marche de la périostite aiguë, et prévenir la suppuration, est une incision profonde jusqu'au périoste. Dans le panaris profond, maladie dans laquelle les tissu fibreux, et, en particulier, le périoste, sont fortement enflammés, on voit tous les accidens cesser après un coup de bistouri donné hardiment, même avant la

formation du pus. Crampton a proposé la même conduite dans toutes les formes aiguës de périostite superficielle, et il rapporte des observations à l'appui du précepte. M. Velpeau aussi, d'après M. Maisonneuve (thèse citée), a retiré de grands avantages de ces incisions prématurées; et aujourd'hui c'est un point qu'on ne saurait plus contester. Mais on conçoit que, pour certaines périostites profondes, celles du fémur, par exemple, on hésite un peu, et qu'on attend trop, peut-être, que la fluctuation se soit montrée.

Une fois l'abcès ouvert, on se conduira comme dans les maladies des os. Des chirurgiens anglais cautérisent chaque jour le fond de la plaie avec le nitrate d'argent, et disent que ce moyen est avantageux pour amener la cicatrisation de l'os.

La *périostite chronique* est peut-être encore moins connue que l'aiguë. On sait seulement que par le voisinage d'un abcès froid ou d'un ulcère, par le développement d'une maladie de l'os, carie, nécrose, tubercules, etc., le périoste s'enflamme lentement, et s'épaissit; on sait encore qu'une périostite aiguë d'abord peut s'arrêter dans sa marche et passer à l'état chronique d'une manière plus ou moins marquée. Le retour à l'état aigu peut même avoir lieu, et la terminaison étant la même, la maladie ne diffère dans les deux états que sous le rapport de sa durée. De cette dernière façon on peut expliquer comment un coup, une chute sur un os, après avoir passé inaperçus, donnent lieu plus tard à des abcès du périoste: M. Velpeau a vu quatre tumeurs purulentes sur le crâne d'une femme qui avait été frappée à la tête deux ans auparavant; du pus existait à la surface de l'os, qui s'exfolia en plusieurs points; deux des tumeurs disparurent d'elles-mêmes. Une autre femme reçut un coup de talon de botte sur la tête : au bout d'un mois, gonflement à la partie blessée, avec douleurs de tête violentes. Des accidens de paralysie étant survenus, on trépana, et on trouva l'os raboteux, le périoste considérablement épaissi, et formant une tumeur (Crampton, cité par M. Maisonneuve, p. 92).

Ces cas appartiennent réellement à une périostite chronique; mais on ne saurait affirmer que diverses tumeurs formées aux dépens du périoste sont également des modes de cette affection. Je l'ai déjà dit, il y a, dans la formation de ces tumeurs, un certain degré d'inflammation qui les accompagne; mais

décider si cette inflammation est leur cause véritable, c'est trancher une question de pathologie générale, qui ne saurait nous occuper ici : d'ailleurs, cela importe assez peu. Ces tumeurs se présentent comme des maladies distinctes, et on peut les étudier ainsi. Le mot de *périostose*, qui leur est consacré, est assez bon, en ce que, sans rien préjuger, il indique simplement la circonstance principale, c'est-à-dire un gonflement, une tumeur au périoste. On distingue plusieurs variétés de ces tumeurs : les unes sont molles et demi-liquides; depuis longtemps on les a nommées *gommes*, *périostoses gommeuses*. Elles sont composées d'une substance tantôt liquide, et alors glaireuse, gélatineuse et transparente ou jaunâtre, assez semblable à une solution de gomme, ou encore à du tissu colloïde; d'autres fois la substance est plus concrète et plus consistante, homogène et grisâtre; on l'a comparée à du fromage mou. On a cru voir que ces deux produits pouvaient se transformer de l'un en l'autre, et formaient deux périodes de la périostose gommeuse. Pearsons avait pensé que cette substance est sécrétée dans l'épaisseur même du périoste; mais il est plus vrai de dire, avec Béclard, qu'elle est déposée entre l'os et sa membrane.

Dans une autre variété de périostose, la sécrétion n'est plus un simple liquide, mais il y a dépôt d'une substance solide qui est tantôt fibreuse et cartilagineuse, tantôt osseuse. Probablement la formation suit les phases que l'on observe dans l'ossification nouvelle, c'est-à-dire qu'au centre d'une masse cartilagineuse se déposent des parcelles osseuses qui gagnent en surface et en profondeur. On suppose que la matière calcaire peut se déposer dans le périoste lui-même épaissi, ou entre lui et l'os, ou d'abord sur l'os lui-même. Si l'on examine ces productions à diverses époques, on en voit qui sont séparées de l'os par une couche mince et membraneuse, d'autres qui lui adhèrent au point de faire corps avec lui. Celles-ci, comme on le conçoit, sont très voisines des exostoses véritables, et pour les en distinguer, on les nomme *exostoses épiphysaires*, ou encore *ostéophytes* : les autres mériteraient peut-être mieux le nom de *périostoses osseuses*. Leurs formes, leurs dimensions et leur direction varient à l'infini. Il y en a qui sont criblées de trous, et friables comme de la pierre ponce; il y en a de fermes et solides comme les os. Du reste, quant à leur histoire détaillée,

je renvoie à l'article EXOSTOSE ; je ne dois ici que rappeler la classe de ces différentes végétations.

Il y a peut-être aussi une variété de périostose dans laquelle le dépôt calcaire serait semblable à celui qui se forme chez les goutteux autour des ligamens articulaires. Pearsons admet que la matière tophacée peut se déposer dans l'épaisseur du périoste, et entre lui et les os.

Les périostoses gommeuses se montrent de préférence sur la face antérieure du sternum, sur les clavicules, les os de l'avant-bras, le tibia, et, en général, sur tous les os superficiels. Celles qui sont osseuses affectionnent aussi ces points du squelette, peut-être à cause de leur position sous-cutanée, qui les rend plus accessibles aux contusions; mais néanmoins elles peuvent aussi se développer sur les os profonds, car, ainsi que nous l'avons dit, toutes les affections chroniques du tissu osseux peuvent occasionner leur développement.

Lorsque les tumeurs gommeuses commencent à paraître, on aperçoit, sur le trajet d'un os, une saillie peu élevée, à base large et non circonscrite, sans changement de couleur à la peau qui est un peu tendue; la pression occasionne une douleur ordinairement légère, et ne peut faire diminuer le volume de la tumeur, qui en même temps est fixe, complétement immobile, comme si elle naissait de l'os sous-jacent. La tuméfaction augmente, et la masse se ramollit un peu, d'abord au centre; les doigts, en la comprimant, la font céder légèrement, et perçoivent une résistance élastique. Alors on peut reconnaître la nature de la maladie. On pourrait seulement la confondre avec une périostite sub-aiguë, qui, après avoir été lente un certain temps, finirait par se terminer par suppuration. Pour éviter cette méprise, qui cesserait promptement à cause d'une fluctuation évidente, et non d'une simple élasticité qui se montrerait dans la tumeur suppurée, on devra tenir compte de la cause de l'affection et de toutes les circonstances de sa marche. Il est des cas, à la vérité, où le diagnostic sera encore obscur. Pendant la première période, et lorsque la tumeur est ferme et incompressible, il est encore plus difficile de la distinguer d'une exostose ou d'une périostose solide.

Dès le début, il existe presque toujours des douleurs fixes, plus ou moins vives, se montrant surtout durant la nuit; on

les nomme *ostéocopes*. Ces douleurs sont peut-être autant le signe de l'influence syphilitique que de la maladie elle-même; mais même sous le point de vue de la nature syphilitique de l'affection, il ne faut pas trop leur attacher d'importance, car on les rencontre dans des maladies non syphilitiques fixées sur le tissu fibreux, et en particulier dans le rhumatisme. La tumeur peut rester un certain temps stationnaire, et se terminer de manières différentes. Assez souvent, à l'aide d'un traitement bien dirigé, elle s'affaisse, diminue, et disparaît complétement. Dans des cas plus communs, elle devient compacte, sans perdre son volume, reste indolente, et persiste un temps variable, mais très long, laissant au malade une simple difformité plutôt qu'une maladie. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi : on voit quelquefois ces tumeurs passer alternativement d'un état chronique et indolent à un état plus aigu. Que ce soit une exacerbation du virus syphilitique, ou une cause extérieure, un coup, une chute, qui produise ce résultat, la partie devient plus douloureuse spontanément et à la pression, la peau rougit et s'enflamme, de l'empâtement se montre parfois, et une véritable fluctuation qui se manifeste annonce que la suppuration s'est déclarée. Si le mal est abandonné à lui-même, une ouverture se fait, qui livre issue à du pus mal lié, grisâtre, souvent noirâtre, et mélangé de flocons épais, au milieu desquels on reconnaît de la matière concrète plus ou moins abondante. Alors, à la place de la tumeur s'établit un ulcère ordinairement de mauvaise nature, et qui ne se cicatrise que lentement. L'os est altéré à un degré variable, et on doit se trouver heureux si une nécrose, au moins superficielle, ne vient pas compliquer la cicatrisation.

Cette terminaison fâcheuse indique au chirurgien la conduite qu'il doit tenir. Dès que la douleur augmente dans la tumeur, et que se montrent les signes d'une inflammation aiguë, il doit faire appliquer des cataplasmes, et même des sangsues en petit nombre et à plusieurs reprises; si l'état aigu cède à ces moyens, insister sur les résolutifs, et surtout sur les applications mercurielles; si la suppuration s'établit, ouvrir la tumeur le plus promptement possible, afin de diminuer les chances d'une altération de l'os par le contact du pus. En outre, la possibilité de cette terminaison fâcheuse

apprend qu'il faut toujours s'efforcer de faire disparaître ces tumeurs. Comme presque toujours les gommes reconnaissent une cause syphilitique, il faudra les combattre par le traitement qui convient à cette affection générale; et on aura soin en même temps d'appliquer sur la tumeur des emplâtres propres à la faire résorber. Les frictions d'onguent mercuriel, long-temps continuées, l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, seront le meilleur traitement local. S'il existe plusieurs tumeurs gommeuses sur le même individu, le traitement général est, à plus forte raison, indiqué; et on se comporte localement de la même manière pour chacune d'elles.

Les tumeurs solides, fibreuses ou osseuses du périoste sont ordinairement moins douloureuses que les précédentes. Elles sont aussi plus fermes au toucher, et paraissent réellement faire corps avec l'os. Lorsqu'elles sont accessibles au chirurgien, on pourra les distinguer des gommes, en ce qu'elles sont toujours fermes et ne se ramollissent jamais; mais il sera bien souvent impossible de ne pas les confondre avec de véritables exostoses. Cependant, comme la syphilis agit beaucoup plus sur le périoste que sur le tissu osseux lui-même, il y aura lieu de croire que la tumeur appartient au périoste, si elle s'est développée sous l'influence syphilitique. Ces tumeurs n'exposent pas aux mêmes accidents que celles qui sont gommeuses : la suppuration ne saurait s'y montrer, on le conçoit; en conséquence, elles ne peuvent que gêner mécaniquement les parties voisines, mais cette gêne deviendra une complication très grave, si la tumeur comprime un organe important, le cerveau, l'œil, etc. Elles tendent à demeurer stationnaires, et le traitement syphilitique lui-même parvient rarement à les faire diminuer, pour peu qu'elles soient anciennes. Le traitement à leur opposer est donc à peu près nul dans la plupart des cas. Si elles sont très douloureuses, et de nature vénérienne, on prescrira des remèdes anti-syphilitiques moins contre la tumeur elle-même que contre la syphilis. Si enfin leur présence compromettait l'usage d'organes importans, on songera à les enlever par une résection ou une amputation (*voyez* EXOSTOSE). On trouve dans le tome V, page 395 de la *Gazette médicale*, l'exemple d'une tumeur osseuse de l'orbite, qui, après avoir occasionné la perte de l'œil, fut cernée par une suppuration développée spontanément, et tomba d'elle-

même. Les topiques calmans ou fondans devront aussi être appliqués, soit pour calmer la douleur, soit pour essayer d'obtenir une diminution de volume.

Il y a bien encore, enfin, des tumeurs cancéreuses du périoste, comme celles désignées sous le nom de tumeurs *fongueuses lymphatiques* du périoste; mais leur marche n'a rien de particulier. On ne peut pendant la vie les distinguer des cancers des os, et le traitement est le même que pour ceux-ci. *Voy.* Os (maladies). A. BÉRARD.

MAISONNEUVE (J. G.). *Le périoste et ses maladies.* Thèse. Paris, 1839, in-4° et in-8°.

PERIPNEUMONIE. *Voy.* PNEUMONIE.

PERITOINE. — § I. CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES. — Membrane séreuse, mince, semi-diaphane, extensible, très étendue, qui revêt la surface interne des parois de l'abdomen, se prolonge sur la plupart des viscères que renferme cette cavité, leur fournit une enveloppe partielle, et forme plusieurs replis destinés à fixer ces organes, ou à remplir d'autres usages destinés à la digestion et à la circulation abdominale. Chez l'homme, le péritoine forme un sac sans ouverture, dont la surface interne, lisse, humectée par une vapeur ténue et odorante, est absolument libre. Chez la femme, cette membrane présente en général la même disposition, à cette différence près, qu'elle se trouve continue avec la membrane interne des trompes utérines, qui s'ouvrent par des orifices très étroits dans sa cavité. Sa surface externe est adhérente dans la plus grande partie de son étendue; ses connexions sont très nombreuses et importantes à connaître, mais elles ne seront pas indiquées ici, parce que à propos de chaque organe qui a des rapports avec le péritoine, elles ont été décrites avec détail. De même, nous ne suivrons pas minutieusement tout le trajet de la membrane péritonéale; il suffit d'avoir dit qu'elle tapisse et recouvre plus ou moins tous les organes du ventre et du bassin; je me bornerai à la description des divers replis du péritoine.

L'épiploon *gastro-hépatique* ou *petit épiploon* s'étend transversalement depuis le côté droit de l'extrémité de l'œsophage jusqu'à l'extrémité droite de la scissure transversale du foie, et de haut en bas depuis la face intérieure du diaphragme et

cette scissure jusqu'à la petite courbure de l'estomac, au pylore et au duodénum. Il est composé de deux feuillets simples, séparés l'un de l'autre par les vaisseaux hépatiques, pyloriques, coronaires, stomachiques, et correspond en arrière, dans une partie de son étendue au petit lobe du foie; il contient moins de graisse que le grand épiploon.

L'épiploon *gastro-colique* ou *grand épiploon* est irrégulièrement quadrilatère, et ordinairement plus long du côté gauche que du côté droit. Sa base est fixée, en devant, à la grande courbure de l'estomac; en arrière, à l'arc du colon; son bord inférieur est libre; ses bords latéraux sont continus supérieurement, l'un à l'épiploon gastro-splénique, l'autre à l'épiploon colique; plus bas, ils sont fixés dans une partie de leur hauteur aux portions lombaires de l'intestin colon. Le grand épiploon est formé de deux feuillets, et chacun de ceux-ci est lui-même composé de deux lames, l'une superficielle et l'autre profonde. Les deux lames du feuillet antérieur sont bien distinctes l'une de l'autre entre la grande courbure de l'estomac et les vaisseaux gastro-épiploïques; plus bas elles deviennent intimement adhérentes, et remontent ensemble pour former le feuillet postérieur. Près du bord convexe de l'arc du colon, elles s'écartent de nouveau pour se prolonger sur cet intestin. La lame superficielle le couvre inférieurement, et forme le feuillet inférieur du mésocolon transverse; la lame profonde revêt l'arc du colon supérieurement, et se continue avec le feuillet supérieur du mésocolon. Cette lame profonde appartient au prolongement du péritoine qui s'engage dans l'hiatus de Winslow.

L'épiploon *colique* est formé par un prolongement de l'enveloppe péritonéale du cœcum, ou colon lombaire droit, et du colon transverse. Il correspond au côté interne du cœcum, du colon ascendant et à la partie inférieure du colon transverse. Assez souvent on le voit se prolonger derrière l'épiploon gastro-colique jusque vers la rate. Les deux feuillets simples dont il est composé sont séparés l'un de l'autre par des ramifications des artères et des veines coliques.

L'épiploon *gastro splénique* n'est qu'une portion du grand épiploon qui s'étend de la tubérosité de l'estomac à la scissure de la rate, et qui contient dans son épaisseur les vaisseaux courts. Outre ces quatre replis désignés collectivement sous le nom d'*épiploon*, la portion du péritoine qui revêt le canal

intestinal fournit encore sur le cœcum, le colon et la partie supérieure du rectum, un grand nombre d'appendices graisseux ou épiploïques, de forme conique; leur texture est la même que celle des épiploons.

Les parois de la cavité des épiploons, ou arrière-cavité du péritoine, sont disposées de la manière suivante : l'antérieure est formée par l'épiploon gastro-hépatique, la face inférieure de l'estomac, et, au-dessous de ce viscère, par le feuillet antérieur de l'épiploon, composé lui-même de deux lames du péritoine qui recouvrent les deux faces du ventricule. Depuis le bord inférieur de l'épiploon jusqu'au colon transverse, la paroi postérieure de cette cavité est formée par le feuillet postérieur du grand épiploon; plus haut, par la face supérieure de l'arc du colon, la lame supérieure du mésocolon transverse et le prolongement de cette lame, qui s'étend jusque sur le lobe de Spigel. La cavité des épiploons communique avec la grande cavité du péritoine par l'ouverture nommée *hiatus de Winslow*.

Il est un autre ordre de replis du péritoine, désignés collectivement sous le nom de *mésentère*, qui servent à fixer dans leur situation les différentes portions du canal intestinal, tout en laissant à chacune d'elles plus ou moins de mobilité. Le duodénum et la partie inférieure du rectum en sont dépourvus, et sont assujettis contre les parois abdominales.

Le *mésentère*, considéré en général, présente deux portions : l'une appartient à la dernière extrémité du duodénum, au jéjunum et à l'iléon : c'est le mésentère proprement dit; l'autre correspond au colon ascendant, transverse et descendant, à la circonvolution iliaque de cet intestin, et à la moitié supérieure du rectum : celle-ci prend dans les diverses parties de son étendue des dénominations particulières qui indiquent la portion du canal à laquelle elle correspond. Ces dénominations sont celles de *mésocolon lombaire droit*, *mésocolon transverse*, *mésocolon lombaire gauche*, *mésocolon iliaque*, et *méso-rectum*. Le cœcum n'a pas de mésentère; le péritoine ne fait, en quelque sorte, que passer au-devant de cet intestin en fournissant un repli peu étendu pour l'appendice vermiforme, de sorte qu'il ne recouvre point toute la surface postérieure et une portion de son côté externe.

Le *mésentère*, proprement dit, s'étend obliquement de la

partie antérieure gauche de la seconde vertèbre lombaire jusque dans la partie interne de la fosse iliaque droite. Il est plus étroit supérieurement et inférieurement que vers sa partie moyenne ; son bord postérieur ou rachidien est mesuré par la hauteur des portions du rachis et de l'os coxal auxquelles il correspond. Son bord antérieur ou intestinal est irrégulièrement convexe, onduleux et très étendu. Les deux lames dont le mésentère est formé sont distinguées en droite et en gauche ; leur grandeur est inégale ; elles sont séparées en arrière par l'aorte et la veine cave ; plus antérieurement par les vaisseaux mésentériques supérieurs, les nerfs qui les accompagnent, des ganglions et des vaisseaux lymphatiques nombreux.

Le *mésocolon lombaire droit* et le *mésocolon lombaire gauche* offrent à peu près la même disposition. Chez quelques sujets, ils sont assez larges, et les deux portions latérales du colon sont alors presque aussi mobiles que l'intestin grêle ; d'autres fois, ils n'existent que dans le voisinage du colon transverse, et manquent inférieurement des deux côtés ou d'un côté seulement : le péritoine se comporte alors à l'égard des deux parties latérales du colon comme à l'égard du cœcum. On trouve entre les deux lames des mésocolons lombaires, et quand ils n'existent pas, derrière la lame du péritoine qui correspond au bord interne de l'intestin, des artères et des veines coliques, des plexus nerveux, des ganglions et des vaisseaux lymphatiques, mais en moindre nombre que dans le mésentère.

Le *mésocolon transverse* correspond à l'arc du colon. Sa partie moyenne est ordinairement plus étroite que ses extrémités. On trouve dans son épaisseur des vaisseaux sanguins nombreux et des ganglions lymphatiques. Les deux lames qui le composent sont la continuation des lames du feuillet postérieur du grand épiploon. En s'écartant l'une de l'autre derrière le colon, elles laissent entre elles un espace triangulaire occupé par le pancréas et par la portion horizontale du duodénum.

Le *mésocolon iliaque* existe constamment : il est plus ou moins large chez les différens sujets. En haut, il est continu avec le mésocolon lombaire, en bas, avec le *mésorectum.* Ce dernier repli, très étroit de devant en arrière, se termine insensiblement au-dessus du tiers inférieur du sacrum. Il contient dans son épaisseur des rameaux nombreux de l'artère et

de la veine mésentériques inférieures, et très peu de vaisseaux lymphatiques.

Les *ligamens larges* de l'utérus sont deux replis triangulaires, bilaminés, aplatis de devant en arrière, plus larges supérieurement qu'inférieurement; ils s'étendent des angles supérieurs et des bords de l'utérus jusque dans les fosses iliaques. Leur base présente trois replis secondaires : l'antérieur recouvre un cordon vasculaire connu sous le nom de ligament rond; le moyen fournit une enveloppe partielle à la trompe utérine; le troisième est postérieur, et embrasse les parties supérieure, antérieure et postérieure de l'ovaire et de son ligament.

L'organisation générale du péritoine est la même que celle des membranes séreuses; mais il offre dans ses diverses parties des modifications de texture très notables, comme on le voit dans les épiploons comparés au mésentère, et ceux-ci avec le reste du péritoine. Il présente aussi plusieurs différences aux diverses époques de la vie: elles sont surtout relatives à l'épaisseur et à la longueur des épiploons et des mésentères, et à la quantité de tissu adipeux qu'on y rencontre. Les vaisseaux artériels du péritoine, très nombreux et la plupart capillaires, sont fournis par l'aorte abdominale et les diverses branches qui en partent. Les artères épiploïques présentent une disposition toute particulière; leur calibre est beaucoup plus considérable que celui des autres artères péritonéales : tantôt allongées, tantôt flexueuses, elles doivent dans ces deux états offrir au sang un passage facile, ou bien retarder son cours, et les modifications qu'elles apportent dans la circulation abdominale sont constamment en rapport avec l'état actuel de l'estomac. Les veines péritonéales se rendent dans les branches de la veine porte. On trouve autour des artères épiploïques et mésentériques des filets de nerfs qui proviennent des trisplanchniques, mais on peut les suivre jusque dans l'épaisseur du péritoine.

Chez le fœtus et l'enfant nouveau-né, le péritoine est très mince, transparent, peu adhérent aux parois abdominales et aux viscères qu'il recouvre. Les épiploons ne contiennent pas de graisse; le grand est très court, tandis que celui qui s'étend du foie à l'estomac offre proportionnellement plus de largeur que chez l'adulte. Les replis qui contiennent dans leur épaisseur les vaisseaux ombilicaux et l'ouraque sont très dé-

veloppés ; les appendices épiploïques des intestins sont à peine visibles. Vers l'âge de la virilité décroissante, les épiploons et les mésentères se chargent de graisse, et souvent en quantité considérable : c'est ce qu'on observe encore chez quelques vieillards ; chez d'autres, au contraire, ces replis paraissent se flétrir : ils deviennent mous, flasques, et ne contiennent qu'une très petite partie de tissu adipeux.

Le péritoine offre assez souvent des dispositions anormales dépendant pour la plupart de celles des viscères et de la cavité qu'il tapisse, comme on le voit dans l'absence d'une partie de l'abdomen dans l'acéphalie; dans la persistance d'ouvertures congénitales qui constituent diverses espèces de hernies, ou lors du déplacement des viscères abdominaux postérieurement à la naissance. Dans quelques cas plus rares, les vices de conformation de cette membrane sont indépendans des parties avec lesquelles elle est en rapport : telles sont les ouvertures anormales que présente le mésentère, les enfoncemens, les sacs ou les replis particuliers qu'on observe dans quelques points de l'étendue du péritoine. La disposition la plus remarquable en ce genre, est celle que Neubauer a signalée le premier, et sur laquelle j'ai rappelé l'attention, en en citant plusieurs exemples (*Arch. gén. de méd.*, t. VII) : elle consiste dans l'existence d'une lame épiploïque réunie en haut et sur les côtés, au gros intestin, qui forme ainsi un sac complété latéralement et supérieurement par les mésocolons lombaires transverse, descendant et ascendant, et dans la cavité duquel sont contenus les intestins grêles. Suivant Béclard, ce sac est formé par un agrandissement anormal et extraordinaire de l'épiploon colique, qu'il a vu quelquefois s'étendre du cœcum en formant un grand repli falciforme qui se prolongeait en même temps dans certains cas, en haut et à gauche jusque sur une partie du colon descendant, recouvrant ainsi une portion de l'intestin jejunum. Béclard a trouvé une fois un feuillet épiploïque qui s'étendait du cœcum à la portion inférieure du colon descendant, et qui se repliait en bas en formant un cul-de-sac qui contenait une partie de l'intestin iléon. OLLIVIER.

WEDEL (G. W). *De usu peritonei.* Dans *Miscell. acad. nat. cur.* Dec 2, an. 3, 1688, p. 369. — Resp. J. C. MUELLER. *Diss. de peritonæo.* Jéna, 1694, in-4°.

HOFFMANN (J. Maur.). *De diverticulis peritoneis novis.* Dans *Misc. acad. nat. cur.* Dec. 3, an. 2. 1694, 1694, p. 329.

BUETTNER (Chr. Gottl.). Resp. Mich. SCHEIBA. *Diss. anat. de peritonæo.* Kœnisberg, 1738, in-4°, Réimp. dans Haller, *Disp. anat.*, t. I, p. 387.

HENSING (Fr. Wilh.) *Diss. de peritonæo.* Gressen, 1742, in-4°.

NEUBAUER (J. Ern.). *Descriptio anat. rarissimi peritonæi receptaculi, tenuia intestina a reliquis abdominis visceribus seclusa tenentis.* Jéna. 1745, et dans ses *Opp. anat.*

WRISBERG (H. Aug.). Resp. W. Ern. RUDOLPHI. *De peritonæi diverticulis, illisque imprimis, quæ per umbilicum et lineam albam contingunt.* Gottingue, 1780, in-4°.

BERLINGHIERI (And. Vacca). *Mém. sur la structure du péritoine et ses rapports avec les viscères abdominaux.* Dans *Mém. de la soc. méd. d'émulat.*, an VIII, t. III, p. 315.

LANGENBECK (C. J. M.). *Comment. de structura peritonæi, testiculorum tunicis eorumque ex abdomine in scrotum descensu, ad illustrandam herniarum indolem.* Gottingue, 1817, in-fol.

OLLIVIER (P.). *Note sur une variété de forme du péritoine.* Dans *Arch. gén. de méd.*, 1825, t. VII, p. 354.

HANSEN. *Peritonæi humani anatomia et physiologia.* Berlin, 1834, in-4°.

BAUR (Chr. J.). *Anat. Abhandlung über den Bauchfell des Menschen.* Stuttgart. 1835, in-8°.

MEYER (G. H.). *Anat. Beschrreibung des Bauchfells des Menschen. Mit ein. Anh. über das Verhatten des Bauchfells bei Brüchen.* Berlin, 1839, in-12, fig. lith.

WARTHON (Th.). *De mesenterio.* Dans Manget, *Bibl. anat.*, t. I, p. 167.

FANTONI (J.). *Diss. de mesenterio, ductibas chyliferis et lymphaticis.* Dans son *Anat.* et ses *Diss. anat.*, VIII, *priores renovatæ*, p. 165.

EULER (M. Car.). Præs. J. S. HENNINGER. *Thesesmedicæ de mesenterio.* Strasbourg, 1714, in-4°. Réimpr. dans Haller, *Disp. anat.*, t. I.

PLEVIER (Carn.). *Diss. de mesenterio ejusque morbis.* Leyde, 1721, in-4°.

BATH (G. Seb.). *Das mesenterium, dessen Structur, und höchste Bedeutung. Anat. phys. inaugural Abhandl.* Wurzbourg, 1823, in-8°.

MALPIGHI (Marc.). *De omento et adiposis ductibus.* Dans *Epist. anat.*, dans ses *Opp.* et dans Manget, *Bibl. anat.*, t. I, p. 58.

HALLER (Alb. de). *Primaomenti novn icon.* Gottingue, 1742, in-fol. — 2ª *icon.* Ibid., 1743, in-fol. Réimpr. dans ses *Fasc. anat.*, I, et dans ses *Opp. min.*, t. I, p. 572 et 578.

HENRI (Rob. Étien.). Præs. B. J. de BUCHWALD. *Descriptio omenti anat. anat. cum icone nova.* Copenhague, 1748, in-4°. Réimp. dans Haller, *Disp. anat.*, t. VII, p. 479.

REEBMANN (Fr.). *Diss. de omento sano et morbido.* Strasb., 1773, in-4°.

Chaussier (Fr.). *Essai d'anatomie sur la structure et les usages des épiploons.* Dans *Nouv. mém. de Dijon,* 1784, p. 95.

Mueller (J.). *Ueber den Ursprung der Netze und ihr Verhältnisz zum Peritoneul-sack beim Menschem, aus anat. Untersuch. an Embryonen.* Dans *Meckels archiv.*, 1830, p. 395.

Hennecke (G. H. C.). *De functionibus omentorum in corpore humano. Comment. anat. physiol.* Gottingue, 1836, in-4°, 6 fig. R. D.

§ II. Maladies du péritoine. — Les maladies du péritoine, comme celles de la plupart des autres parties du corps humain, peuvent être rattachées à trois groupes principaux, savoir : 1° lésions *congénitales*, 2° lésions *traumatiques*, 3° lésions *morbides* proprement dites.

1° *Lésions congénitales.* — Le péritoine offre assez souvent des dispositions anormales qui dépendent, pour la plupart, de celles des viscères et de la cavité qu'il tapisse, comme on le voit dans l'*absence* d'une partie de l'abdomen chez certains acéphales, dans la persistance d'ouvertures naturelles qui donnent lieu aux diverses espèces de *hernies*.

Dans quelques cas plus rares, les vices de conformation du péritoine sont indépendans des parties avec lesquelles il est en rapport : telles sont les ouvertures anormales que présente le mésentère, les enfoncemens, les sacs ou les replis particuliers que l'examen cadavérique a plusieurs fois montrés dans quelques points de l'étendue de la séreuse abdominale.

La disposition la plus remarquable en ce genre est celle que Neubauer a signalée le premier, et sur laquelle M. Ollivier a rappelé l'attention en en citant plusieurs exemples, comme il a été dit ci-dessus. Elle consiste dans l'existence d'une lame épiploïque unie en haut et sur les côtés, au gros intestin, laquelle forme ainsi un sac complété latéralement et supérieurement par les mésocolons transverse, descendant et ascendant, et dans la cavité duquel sont contenus les intestins grêles. Suivant Béclard, ce sac est formé par un agrandissement anormal extraordinaire de l'épiploon colique, qu'il a vu partir du cœcum en formant un repli falciforme qui se prolongeait dans certains cas, en haut et à gauche, jusque sur une partie du colon descendant, recouvrant ainsi une portion de l'intestin jéjunum. Béclard a trouvé une fois un feuillet épiploïque qui s'étendait du cœcum à la portion inférieure du colon descendant, et qui se repliait en bas en formant un cul-de-sac

qui contenait une partie de l'intestin iléon. Scoutetten (*Archives gén. de méd.*, t. v, p. 552) a rencontré pareillement une anomalie assez singulière sur le cadavre d'un militaire âgé de vingt-quatre ans; sur les intestins grêles existait un de ces appendices digitiformes qu'on y remarque parfois; de là s'élevait une lame du péritoine, d'un pouce de largeur, et de plus de douze de longueur, présentant quelque analogie avec le repli falciforme du foie; elle venait s'insérer sur la partie interne de l'ombilic, où elle se perdait insensiblement. Ces brides diverses et les ouvertures anormales que présente le péritoine deviennent quelquefois l'occasion d'étranglements internes, dont la mort est le plus souvent la conséquence.

2° *Lésions traumatiques.* — Le péritoine peut se rompre dans des efforts violens en même temps que les muscles auxquels il adhère. Desault a rapporté une observation qui paraît appartenir à ce genre : un enfant de neuf ans tombe d'un quatrième étage sur le pavé, et meurt aussitôt. A l'autopsie, on trouve le péritoine et les muscles de l'abdomen déchirés en travers dans l'espace d'un demi-pouce; une portion d'intestin qui avait traversé cette ouverture n'était plus retenue que par la peau. M. Rostan a cité des faits de rupture de la tunique séreuse des intestins chez des vieilles femmes de la Salpêtrière affectées de constipation.

Les *divisions* du péritoine par cause directe, dans les contusions de l'abdomen, par exemple, dans les blessures par instrumens piquans, tranchans, ou par armes à feu, sont beaucoup plus communes. Les accidens de ces plaies, au nombre desquels il faut mettre en première ligne la péritonite, ont été décrits assez complètement à l'article ABDOMEN pour que nous n'y revenions point ici.

3° *Lésions morbides.* — Indépendamment des lésions inflammatoires dont nous parlerons plus loin (*voy.* PÉRITONITE), le péritoine est le siége d'altérations nombreuses, qui tantôt existent dans sa cavité même, tantôt sont situées en dehors de la séreuse, derrière le feuillet abdominal ou viscéral, tantôt encore occupent plus particulièrement ses appendices, l'épiploon et le mésentère.

Dans la cavité péritonéale, on trouve, soit des gaz (*voy.* TYMPANITE), soit des épanchemens liquides ou des productions plus ou moins solides, soit des corps étrangers, des concré-

tions libres, des tumeurs de diverse nature. En dehors du péritoine, ce sont des abcès, des kystes, des produits morbides variables, tubercules, cancer, dépôts cartilagineux, osséo-calcaires, etc. Toutes ces lésions ont été déjà décrites (*voy.* ABDOMEN); il ne nous reste que peu de mots à dire des maladies du mésentère et des épiploons.

Ces replis du péritoine sont très rarement affectés seuls presque toujours ils partagent les altérations des autres portions de la séreuse, et présentent les mêmes lésions; quelquefois, à raison de la disposition anatomique de ces parties, les lésions y sont plus prononcées, dans le grand épiploon en particulier; parfois ils sont le siége d'une inflammation circonscrite ou de tumeurs de nature variable, qui n'existent pas dans le reste de la membrane séreuse. On a vu se déclarer une *épiploïte* à la suite de contusions dans un point limité de la paroi antérieure de l'abdomen, et plus souvent d'un épiplocèle étranglé. M. Andral (*Clinique*, t. IV, obs. 28) rapporte l'histoire d'un individu atteint d'un cancer de l'estomac et du foie, et chez lequel l'épiploon était seul enflammé, et formait une masse rougeâtre, friable, de cinq à six lignes d'épaisseur; chez un autre malade, il se développa en vingt-quatre heures, dans les environs de l'ombilic, une tumeur qu'on reconnut, à l'autopsie, pour être l'épiploon considérablement tuméfié, et laissant échapper de son tissu, mou et facile à déchirer, un liquide sanguinolent. Parfois l'épiploon renferme dans ses feuillets des fausses membranes, du pus infiltré ou réuni en foyer, des tubercules ou des granulations transparentes; d'autres fois il est ramolli ou détruit par la gangrène (Broussais, *Phlegmasies chron.*, t. III, p. 427), ailleurs cartilagineux ou ossifié (Scoutetten, Cruveilhier). Plus fréquemment que toutes les autres parties du péritoine, il est le siége de la dégénérescence cancéreuse : et alors il forme des tumeurs dont le diagnostic présente quelquefois beaucoup d'obscurité. Selon qu'elles occupent le côté droit ou gauche, la partie supérieure ou inférieure de l'abdomen, elles ont pu en imposer pour des tumeurs développées dans le foie, l'estomac, la rate ou l'utérus (Andral, *Clin.*, t. IV, obs. 29), ou même pour un anévrysme de l'aorte (Scoutetten, *Archiv. gen. de méd.*, t. IV, p. 39); mais une exploration attentive de ces tumeurs, le rapprochement des désordres fonctionnels qui les accompa-

gnent, préservent ordinairement le médecin des erreurs auxquelles un premier examen pourrait donner lieu.

L'inflammation partielle du mésentère est à peu près aussi rare que l'épiploïte : elle ne se montre guère qu'à l'état chronique, et le plus souvent dans la péritonite tuberculeuse. P. Frank a voulu assigner à la *mésentérite* aiguë, ainsi qu'à l'omentite, une série de symptômes qui leur seraient propres; mais ceux qu'il signale n'ont rien de caractéristique. Des collections purulentes, soit simples, soit multiples, se forment quelquefois dans le mésentère, et l'on en trouve d'assez nombreux exemples consignés dans les auteurs (*Dictionnaire des sciences méd.*, t. XXXII); quant aux autres altérations, telles que la gangrène, le cancer, les tumeurs enkystées, les hydatides, et surtout la dégénérescence tuberculeuse, elles sont rarement bornées au mésentère ou à toute autre partie du péritoine: elles s'étendent communément à un degré quelconque, à une grande partie du péritoine, et souvent même à d'autres organes plus ou moins éloignés.

PÉRITONITE. (Inflammation du péritoine.) — Il n'est pas impossible de retrouver dans les auteurs anciens, ou dans ceux des siècles qui ont précédé le nôtre, quelques notions éparses relatives à la péritonite. M. Tonnelé, dans un mémoire publié dans les *Archives générales de médecine*, t. XII, p. 463, a rappelé quelques courtes observations d'Hippocrate qui semblent appartenir, les unes à la péritonite puerpérale, les autres à l'inflammation chronique du péritoine. Mais, il faut le dire, si les médecins anciens ont entrevu cette affection, les modernes seuls l'ont véritablement connue. Morgagni lui-même, qui a décrit quelques-unes des lésions anatomiques propres à la péritonite, n'avait pas une idée exacte de cette affection. Ces milliers de petits grains dont il parle, d'après Bilger, et qui, «semblables aux pustules des cochons, remplissaient les intestins de tous côtés ainsi que les deux flancs autour du diaphragme» (lettre XXXVIII, § 35), étaient sans doute de ces agglomérations de matière tuberculeuse si fréquentes dans certaines péritonites chroniques. Dans d'autres passages, Morgagni (lettre XXXIX, § 28 et 30) décrit les adhérences intestinales qui suivent le travail phlegmasique. «Le célèbre Fantoni trouva sur une jeune fille qui avait été sou-

vent sujette à des douleurs de ventre, presque tous les intestins pelotonnés comme en un seul corps, et très étroitement unis entre eux. J'ai vu moi-même, sur un homme dont le ventre contenait beaucoup d'eau, les intestins déjà unis entre eux en quelques endroits par de certaines membranes flasques, et ces espèces de membranes étaient peut-être des commencemens d'adhérences, lesquelles deviennent plus fermes lorsque l'eau s'en va.» Enfin, les transformations que peut subir la séreuse enflammée n'ont pas échappé à son esprit observateur: «Moi qui n'ignore pas, dit-il dans la même lettre (§ 32), que le péritoine s'épaissit considérablement chez les hydropiques, et acquiert même, avec le temps, une dureté cartilagineuse, fait nécessaire à savoir pour la paracentèse de l'abdomen, etc.»

Mais ces remarques isolées, et d'autres encore que nous présentent les annales de la médecine, montrent elles-mêmes combien étaient bornées les notions de nos prédécesseurs sur la péritonite. Dans Vogel (1764), dans Cullen (1772), la phlegmasie du péritoine et ses différentes espèces, l'*omentitis*, la *mesenteritis*, sont indiquées; mais les divisions de ces nosologistes, et leurs idées sur cette inflammation, n'avaient pas cours dans la science, puisque Bosquillon, annotant la *Médecine pratique* de Cullen, disait: «L'ouverture des cadavres prouve que la péritonite *peut exister*; mais on ne l'a jamais trouvée seule et indépendante de l'inflammation des autres viscères.» Longtemps, en effet, la péritonite fut confondue sous le nom d'*inflammation du bas-ventre* avec celles des viscères abdominaux, et c'est à Bichat que revient le mérite d'avoir prouvé que l'inflammation du péritoine est une maladie distincte, et qu'elle doit être séparée de l'entérite, de la gastrite, etc., comme la pleurésie est distincte de la pneumonie. Les travaux de Gasc et de Laennec ont bientôt confirmé les opinions de Bichat, et assuré à la péritonite, dans tous les cadres nosologiques, la place importante qu'elle doit y occuper: elle est devenue depuis lors la matière d'observations nombreuses, de recherches intéressantes sous le rapport de ses causes, de sa marche, des lésions qu'elle détermine; elle a été le sujet d'un grand nombre de travaux importans qui seront signalés dans le cours de cet article.

La péritonite peut être *aiguë* ou *chronique*: sous chacun de ces types, elle reçoit, des causes nombreuses qui la produi-

sent, et des conditions dans lesquelles elle se développe, des modifications si remarquables, que, pour en donner une idée juste, il faut nécessairement, après avoir exposé son histoire générale, la montrer successivement sous chacune de ses principales formes. Quelques-unes d'entre elles semblent aussi appartenir plus spécialement à telle ou telle période de l'existence, et, par exemple, la péritonite tuberculeuse affecte de préférence les enfans vers la période de transition entre la première et la seconde enfance.

La *péritonite aiguë* tantôt est le produit de causes internes qui nous échappent en grande partie, et tantôt se développe sous l'influence de conditions morbifiques plus ou moins évidentes : ainsi, on la voit fréquemment survenir lorsqu'une inflammation primitivement développée dans l'utérus ou dans ses annexes gagne le péritoine, spécialement après l'accouchement, et quelquefois hors de l'état puerpéral, après une suppression brusque des menstrues; d'autres fois elle succède à la perforation d'un des viscères abdominaux, à un étranglement intestinal, à des contusions, des chutes sur le ventre, à des manœuvres coupables tentées pour provoquer l'avortement, aux plaies pénétrantes de l'abdomen, ou à des opérations chirurgicales, telles que le débridement d'une hernie, la taille, la lithotritie, la paracentèse, etc.

On peut presque toujours rapporter à l'une de ces causes l'inflammation du péritoine. En effet, la péritonite spontanée et primitive est une maladie rare : cette opinion, que nous avons émise lors de la première publication du Dictionnaire (1826), est devenue depuis lors une conviction profonde. Dans cet espace de quinze années, nous ne nous rappelons pas un seul fait de péritonite terminée par la mort, et dans lequel l'examen anatomique ait été fait convenablement, qui soit contraire à cette observation générale. Sous ce rapport, la péritonite fait exception parmi les membranes séreuses; la plèvre, le péricarde, les méninges, sont assez fréquemment le siége de phlegmasies primitives.

On croit avoir observé que la péritonite est plus fréquente dans l'âge adulte qu'aux autres époques de la vie; les nouveau-nés et le fœtus lui-même n'en sont pas exempts, et M. Simpson (*Archives gén. de méd.*, décembre 1838) a cité des faits assez nombreux de phlegmasie péritonéale survenue pen-

dant la vie intra-utérine. La péritonite se montre plus souvent chez les femmes que chez les hommes ; quant au tempérament, il n'est pas prouvé qu'elle se développe plus souvent chez les sujets pléthoriques et sanguins que dans les conditions opposées. On a vu chez certains individus l'inflammation du péritoine coïncider avec d'autres phlegmasies des séreuses, comme s'il y avait une véritable diathèse inflammatoire : ainsi, Gasc (*Dictionn. des sc. méd.*) dit avoir constaté, chez un même malade, la présence de fausses membranes et de pus dans l'arachnoïde, les plèvres, le péricarde et le péritoine.

La péritonite peut se manifester, dans quelques circonstances, à la fin ou pendant le cours d'une autre affection plus ou moins grave. Christison l'a notée comme phénomène ultime de la maladie de Bright; Broussais l'a constatée à la suite des fièvres intermittentes de Belgique; et plusieurs observations consignées dans la science (Andral, *Clin.*, t. IV, obs. V) ont montré qu'elle pouvait succéder au rhumatisme aigu. Mais, dans ces cas rares et exceptionnels, on a droit de se demander si l'affection première a réellement eu part au développement de la seconde. Il n'en est pas de même lorsque la perforation d'un viscère, la rupture d'un kyste, versent dans le péritoine une matière étrangère, cause certaine d'inflammation.

Le plus ordinairement sporadique, la péritonite s'est montrée souvent aussi épidémiquement, en particulier dans les hôpitaux, et parmi les femmes en couches. Si l'on en croit Pujol, elle aurait paru sous la forme épidémique, même parmi les hommes dans les armées. Mais ces péritonites étaient-elles primitives? ne succédaient-elles pas à ces dysenteries intenses dans lesquelles toute l'épaisseur des parois intestinales est compromise? L'inflammation ne s'est-elle pas transmise secondairement au péritoine? A-t-on cherché, lors des autopsies, avec tout le soin et le temps nécessaires, ces perforations étroites qui échappent presque inévitablement à ceux qui ne les soupçonnent pas, et qui, dans beaucoup de cas, ne sont constatées par ceux même qui les cherchent qu'après un long et minutieux examen? Nous appelons de nouveaux faits pour la solution de ces questions.

Quant aux causes occasionnelles de la péritonite, elles lui sont communes avec la plupart des autres phlegmasies : telles

sont l'impression du froid, dont l'action est surtout à craindre chez les enfants nouveau-nés (Dugès), et chez les femmes récemment accouchées, les émotions vives, les écarts de régime, les indigestions, les excès de boissons alcooliques : mais ces diverses causes sont évidemment insuffisantes pour produire cette phlegmasie ou toute autre, lorsqu'elles ne sont pas jointes à une disposition spéciale de l'économie, qui en est fort souvent la cause unique, et presque toujours la cause des péritonites primitives.

Le *début* de la péritonite est ordinairement marqué par un frisson plus ou moins fort et prolongé, et par un brisement dans les membres; ailleurs, une douleur aiguë dans le ventre en est le premier phénomène. Cette douleur, qui devient le principal *symptôme* de la maladie, a des caractères particuliers : elle est ordinairement tensive, pongitive; quelques malades la comparent à celle qne produirait l'introduction, dans les parties affectées, d'un instrument tranchant ou d'une vis; elle augmente par la pression, par le simple contact de la main; elle s'exaspère dans les efforts pour vomir, pour aller à la selle, pour uriner; dans les simples mouvemens que fait le malade dans son lit; le poids d'un cataplasme, d'une simple toile, est quelquefois insupportable, et l'on est obligé de soutenir par des cerceaux les couvertures du lit. Quelquefois néanmoins la douleur est beaucoup moins intense; elle peut même cesser par intervalles, et ne se faire sentir que sous une pression un peu forte; elle est à peu près la même dans tout le ventre, chez la plupart des malades; chez quelques-uns, elle est plus vive à l'ombilic, à l'épigastre, ou à l'hypogastre; chez plusieurs, elle conserve plus d'intensité dans le point où elle a commencé à se faire sentir, et d'où elle s'est propagée au reste du ventre. Cette douleur est accompagnée quelquefois d'une sensation locale de chaleur. A ces symptômes se joignent les nausées, les vomituritions, les vomissemens; les matières vomies sont d'abord les alimens qui étaient contenus dans l'estomac au moment de l'invasion, puis les boissons que le malade prend, les mucosités que l'estomac sécrète et la bile qui ne tarde pas à y affluer. Il y a en même temps de l'anorexie, une soif plus ou moins vive, et généralement de la constipation.

Outre ces désordres *fonctionnels*, plusieurs signes *physiques*

caractérisent la maladie : on constate dès le début une tension remarquable du ventre, dont les muscles se roidissent sous la main du médecin, et après douze, vingt-quatre ou trente-six heures, une tuméfaction notable. Cette intumescence se montre à des degrés divers chez les différens sujets, à raison de l'intensité de l'inflammation, et plus encore à raison du degré de résistance qu'offrent les parois abdominales : elle est considérable chez ceux dont le ventre est naturellement flasque, et chez ceux surtout chez lesquels il a été récemment distendu, comme chez les femmes, à la suite de l'accouchement, et dans les deux sexes, après la ponction abdominale; chez les individus, au contraire, dont les muscles abdominaux sont très forts, chez les hommes maigres et robustes en particulier, le ventre est à peine tuméfié; quelquefois même il est sensiblement rétracté, surtout dans les premiers jours de la maladie; il est alors très dur, et, en général, chez les sujets atteints de péritonite, la dureté et la tuméfaction sont en raison inverse; plus celle-ci est grande, moins l'autre est considérable. L'intumescence du ventre est presque toujours égale et régulière dans la péritonite générale; c'est seulement dans quelques variétés, dont il sera question plus loin, qu'on observe ces bosselures signalées par plusieurs auteurs comme un phénomène propre à l'inflammation du péritoine.

La percussion pratiquée sur le ventre donne d'abord un son plus clair que dans l'état de santé, puis de jour en jour un son de plus en plus obscur, surtout dans les parties déclives; ces phénomènes opposés sont dus, le premier à la distension des intestins par des gaz, le second à l'épanchement d'un liquide séro-purulent dans la cavité péritonéale. L'auscultation révèle également dans quelques circonstances un bruit de frottement analogue à celui de la pleurésie et de la péricardite : ce bruit, que l'on perçoit en appliquant l'oreille ou le stéthoscope sur divers points des parois latérales et antérieure de l'abdomen. est dû au frottement réciproque des surfaces recouvertes de fausses membranes dans les mouvemens qui accompagnent la respiration (Barth et Roger, *Traité d'auscultation*. Paris, 1841, p. 413).

Un concours remarquable de *phénomènes généraux* accompagne la péritonite, et contribue encore à la caractériser. La face est ordinairement pâle, décolorée, et comme rapetissée,

les traits, tirés en haut, et ramenés vers la ligne médiane, donnent à la physionomie une expression remarquable de souffrance et d'anxiété. Le malade se tient constamment couché sur le dos; il ne peut, sans augmenter beaucoup ses douleurs, s'incliner sur l'un ou l'autre côté : il reste dans une immobilité complète, les cuisses un peu relevées sur le bassin, afin de relâcher les muscles du ventre. Il n'ose satisfaire sa soif dans la crainte de provoquer le vomissement, et, par suite, l'exaspération des douleurs abdominales. Il est abattu et découragé, il ne dort point. Sa respiration est courte, interrompue, l'abaissement du diaphragme produisant sur les parties affectées le même effet que la pression de la main sur le ventre. Le pouls est fréquent, petit, serré, la chaleur peu augmentée, la peau sèche, l'urine rare et épaisse.

La *marche* de la péritonite générale est communément rapide, et marquée par l'accroissement progressif des symptômes : la douleur abdominale devient plus vive, plus étendue; la sensibilité à la pression, la tension et le gonflement du ventre, augmentent graduellement; les nausées sont plus fréquentes, les vomissemens plus rapprochés : la face devient plus grippée, plus pâle, le pouls plus fréquent, le malaise et l'anxiété plus considérables.

La maladie, parvenue à ce degré d'intensité, peut le conserver pendant plusieurs jours, et n'offrir que de faibles paroxysmes, marqués soit par l'exacerbation fébrile, soit par l'augmentation des symptômes locaux. Dans le plus grand nombre des cas, que la maladie soit demeurée stationnaire pendant quelques jours, ou qu'elle ait fait des progrès continuels, elle a une *terminaison* funeste ; elle fait périr le malade en sept à huit jours; quelquefois beaucoup plus promptement, en trois ou quatre jours, en quarante-huit heures; nous avons vu quelques péritonites qui ont entraîné la mort en vingt-quatre et même en dix-huit heures. Quand cette terminaison doit avoir lieu, l'altération de la physionomie augmente, le pouls se précipite; les extrémités se refroidissent, la douleur abdominale cesse de se faire sentir, le ventre devient mou et flasque, les vomissemens sont remplacés par de simples, mais fréquentes régurgitations des liquides contenus dans l'estomac, de bile verdâtre, qui s'échappent de la bouche, comme *par fusées*, sans effort, et même sans contraction apparente des muscles de l'ab-

domen. Le malade qui ne peut plus faire le moindre mouvement, couvre son lit des matières qu'il vomit, et s'éteint après avoir lutté quelques heures ou quelques jours contre la faiblesse, qui fait continuellement des progrès. Quelquefois un état comateux, ailleurs des mouvemens convulsifs, précèdent et annoncent la mort.

Chez un certain nombre de sujets, chez lesquels le mal n'a pas le même degré d'intensité, on voit les symptômes perdre peu à peu de leur violence. La douleur diminue dans tout le ventre, et disparaît dans quelques points ; la tension est moindre ; les vomissemens s'éloignent d'abord, puis cessent ; le pouls perd sa fréquence, la physionomie reprend son expression naturelle, et le malade entre en convalescence. Il n'est pas rare de voir dans le même temps survenir des excrétions alvines, ou une sueur copieuse, ou quelque autre évacuation.

La plupart des malades qui survivent à une péritonite conservent dans quelque point du ventre une douleur sourde, qui augmente par la pression, par la marche, par les secousses accidentellement imprimées au corps ; elles paraissent dues à des adhérences partielles, qui, bien qu'elles ne portent, en général, aucun trouble notable dans les fonctions, peuvent devenir l'occasion d'une maladie très grave, d'un étranglement des intestins.

La terminaison de la péritonite aiguë peut être incomplète : la maladie, après un certain nombre de jours, cesse de s'aggraver ; quelquefois même son intensité diminue ; mais le rétablissement espéré n'arrive pas, la phlegmasie passe à l'état chronique (*voy.* Péritonite chronique).

Dans des cas extrêmement rares, le pus exhalé dans le péritoine enflammé s'est fait jour, soit dans un intestin, soit au dehors, à travers les parois abdominales. Pierre Franck dit avoir vu, chez une femme et chez une fille atteintes de péritonite, l'abdomen s'ouvrir spontanément vers la région ombilicale et fournir beaucoup de matière puriforme. Il ajoute que cet accident, qu'il a observé aussi chez des femmes en couche, n'a pas toujours été mortel (*De curandis hominum morbis*, liv. II, p. 193).

La péritonite, comme la plupart des autres phlegmasies, peut offrir plusieurs *variétés*, sous le point de vue de ses phénomènes généraux. Ainsi, on l'a appelée *bilieuse* quand elle

est principalement caractérisée par l'enduit jaunâtre de la langue, les évacuations de bile par haut et par bas, la teinte jaune et la chaleur âcre de la peau. Dans ces cas, du reste, elle ne présente, quant à sa marche, rien autre chose de particulier.

D'autres fois il y a prédominance de symptômes nerveux, et souvent alors la phlegmasie paraît offrir dans son cours une irrégularité analogue à celle que présente l'état général du malade, des alternatives brusques d'amendement et d'exaspération, l'apparition subite de quelques symptômes locaux, la suspension rapide d'un ou de plusieurs autres; un délire violent, des mouvemens convulsifs, des cris, des efforts pour se lever, ou pour se débarrasser des liens dont l'usage est souvent indispensable; chez d'autres, un délire tranquille, l'égarement de la physionomie, les soubresauts des tendons, et autres phénomènes analogues, marquent les deux principales variétés de la péritonite ataxique. Les changemens brusques et imprévus qu'elle offre dans sa marche en rendent l'issue fort incertaine; la mort peut avoir lieu presque à l'instant où les assistans croient voir une amélioration apparente; et une terminaison favorable peut succéder immédiatement à une exacerbation très violente, qui a dû inspirer les plus grandes craintes. Enfin il est rare, mais il n'est pas sans exemple, de voir des phénomènes semblables à ceux de la péritonite se manifester par accès, et d'une manière régulièrement intermittente (Andral, *Clinique*, t. IV, obs. 13).

Indépendamment de ces modifications que la péritonite offre dans son cours, et qui lui sont communes avec toutes les autres inflammations, il est d'autres variétés qui lui sont propres, et qui doivent nous occuper d'une manière spéciale. Ces *formes* principales sont: 1° la péritonite puerpérale; 2° celle qui est produite par la perforation d'un des organes abdominaux; 3° celle qui est consécutive à un étranglement externe ou interne; 4° la péritonite latente; 5° la péritonite partielle.

La péritonite *puerpérale* (*peritonitis puerperarum*) est, comme son nom l'indique, celle qui survient à la suite de l'accouchement. Il résulte des faits qui me sont propres, et de ceux qui ont été observés par MM. Tonnelé, Dance, Duplay, etc. (*voy.* PUERPÉRALE (fièvre), que le plus souvent la phlegmasie

du péritoine n'existe pas seule, qu'elle est compliquée, soit de l'inflammation des vaisseaux veineux ou lymphatiques de l'utérus, soit de métrite, et que le travail inflammatoire commençant par la matrice ne s'étend à la séreuse péritonéale que consécutivement, par contiguité ou par continuité.

Les causes de cette espèce de péritonite sont à peu près les mêmes que celles de la métrite, dont elle n'est le plus souvent que l'extension; elles sont exposées au mot UTÉRUS : nous n'y reviendrons pas ici. Nous ferons remarquer seulement que la pression violente, les frottemens répétés, les alternatives *d'extension* et de *froncement*, auxquels le péritoine est soumis dans le travail de l'accouchement, pourraient rendre compte du développement primitif de cette phlegmasie dans les cas où elle se montrerait sans inflammation préalable de l'utérus.

La péritonite puerpérale devient souvent épidémique dans les hôpitaux destinés aux femmes en couche. Plusieurs de ces épidémies ont été observées dans le siècle dernier à l'Hôtel-Dieu de Paris, et on en voit presque chaque année à la Maternité ou à la Clinique d'accouchements ; elles paraissent quelquefois circonscrites dans un seul établissement; elles ne s'étendent ni aux femmes qui, dans la même ville, habitent des maisons particulières, ni à celles qui sont placées dans d'autres hôpitaux : plus d'une fois, ainsi que l'a signalé Tenon dans ses rapports, l'entassement des malades, l'encombrement des nouvelles accouchées, ont paru être la cause de leur développement. Leur apparition coïncide quelquefois avec des changemens brusques de température, auxquels il est naturel de les rattacher : l'épidémie apparaît alors soudainement dans plusieurs établissemens séparés, et dans les maisons particulières, frappant simultanément un grand nombre de femmes en couche; ailleurs, et c'est le cas le plus commun, les causes qui produisent ces épidémies restent inconnues : toutefois, on observe, dans la durée de ces épidémies, que des causes occasionnelles, impuissantes le plus souvent à elles seules pour produire en d'autres temps la péritonite, comme le froid, les émotions morales (P. Franck), les parturitions laborieuses ou artificielles, sont alors presque constamment suivies du développement de cette maladie.

La péritonite puerpérale se manifeste généralement dans

les premiers jours, et même dans les premières heures qui suivent l'accouchement, rarement après une semaine : un état de malaise général, quelquefois une légère diarrhée, ont, dans plusieurs épidémies, précédé son développement; le plus souvent elle a une invasion brusque marquée par des horripilations vagues, ou, plus fréquemment encore, par un frisson violent, auxquels succèdent une chaleur vive, une douleur aiguë dans l'abdomen, des vomissemens plus ou moins rapprochés, une constipation opiniâtre, et enfin, tous les symptômes de la péritonite, mais avec quelques modifications particulières. Le siége de la douleur, les changemens qui surviennent dans l'écoulement des lochies, l'état des mamelles, celui du ventre, soit dans le cours, soit au déclin de la maladie, forment, de la péritonite puerpérale, une variété très tranchée; la douleur est souvent bornée, dans le principe, à l'hypogastre et aux lombes, et y conserve plus d'intensité lorsqu'elle s'est étendue au reste du ventre; les lochies sont diminuées ou suspendues; les mamelles ne se gonflent pas, ou s'affaissent après s'être gonflées; quelquefois elles deviennent douloureuses; la sécrétion du lait ne s'établit pas, ou s'arrête; les parois abdominales, longtemps distendues par l'accroissement progressif de l'utérus, n'offrent point de résistance, et le ventre peut acquérir en peu de jours, d'abord par l'accumulation des gaz dans les intestins, et ensuite par l'exhalation d'un liquide dans le péritoine, un volume considérable, sans offrir ni la dureté ni la tension qu'il présente dans les péritonites ordinaires; toutefois, la quantité de liquide épanché peut devenir assez considérable pour distendre les parois de l'abdomen, et offrir une fluctuation presque aussi évidente que dans l'hydropisie ascite. Ajoutons, pour compléter ce tableau de la péritonite puerpérale, que les phénomènes généraux sont ordinairement plus graves, l'altération des traits plus profonde; le délire est plus fréquent, la prostration des forces plus rapide et plus complète.

La péritonite puerpérale épidémique est, en général, très rapidement mortelle : dans sa forme la plus grave, la durée est de quelques jours; quelquefois elle fait périr en moins de vingt-quatre heures. Mais, il faut le dire, on a vu aussi quelques épidémies assez bénignes pour que la terminaison en ait été le plus souvent favorable : c'est là ce qui explique les

succès obtenus chez un grand nombre de femmes à la fois, sous l'influence des moyens thérapeutiques les plus variés. Mais il y a lieu de croire que ces faits, observés particulièrement à l'Hôtel-Dieu de Paris dans le siècle dernier, se rattachaient à de simples métrites, ou à quelque autre forme bénigne de fièvre puerpérale, plutôt qu'à des péritonites ou qu'à des métro-péritonites proprement dites.

Quand la péritonite puerpérale se termine heureusement, elle offre à son déclin, comme elle avait offert à son début, quelques circonstances qui lui sont propres : le volume du ventre diminue aussi rapidement qu'il avait augmenté ; et si la durée de la maladie a été courte, les lochies peuvent reparaître; les mamelles se gonflent, et la sécrétion du lait s'établit. Ces divers phénomènes, effet plutôt que cause du changement favorable qui s'opère dans les parties phlogosées, ont été considérés par beaucoup de médecins comme la crise naturelle de la *fièvre puerpérale*.

Quelquefois l'inflammation du péritoine survient après l'opération de la paracentèse chez les sujets atteints d'ascite. L'apparition de la douleur dans le point où la ponction a été faite, la flaccidité des parois abdominales, le gonflement rapide du ventre, dès les premiers jours de l'inflammation, donnent à cette péritonite quelque ressemblance avec celle qui succède à l'accouchement; mais elle en diffère essentiellement, non-seulement par l'absence des phénomènes qui sont liés à l'état puerpéral, mais encore par une marche ordinairement beaucoup plus lente, par une terminaison presque inévitablement funeste, et par la nature du liquide qu'on trouve dans le péritoine après la mort, liquide formé d'un mélange de sérosité, de flocons albumineux et de pus, dans lequel domine la sérosité.

La seconde variété de la péritonite, celle que nous appellerons *péritonite par perforation*, et qui survient lorsqu'un organe creux, un kyste, un abcès, etc., s'ouvrent dans le péritoine, est due bien moins à cette perforation elle-même qu'au passage dans la cavité péritonéale des matières contenues dans la partie perforée. Cette variété en renferme un très grand nombre d'autres, à raison de l'organe perforé, de la lésion anatomique qui produit la perforation, et de la nature des matières transmises dans le péritoine; mais toutes offrent, dans

leur développement et leur terminaison, une telle ressemblance, qu'il est naturel de les réunir.

Tous les organes creux et les conduits contenus dans l'abdomen, comme l'estomac, les intestins, la vésicule biliaire, la vessie, les uretères, les reins, l'utérus, les kystes de toute espèce, développés, soit dans quelques viscères, comme les ovaires et le foie, soit dans le tissu cellulaire extérieur au péritoine, peuvent être le siége des perforations qui nous occupent. Les gros vaisseaux de l'abdomen, l'iliaque primitive (Andral, *Clinique*, obs. 2), l'aorte, etc., peuvent offrir la même lésion, et donner lieu consécutivement à des effets analogues. Des abcès formés au voisinage du péritoine, soit dans la paroi antérieure de l'abdomen, soit dans les fosses iliaques (Grisolle, *Archiv. gén. de méd.*, 1839), des tubercules développés dans les ganglions, donneront encore lieu immédiatement à une péritonite, s'ils viennent à verser dans le ventre du pus ou de la matière tuberculeuse ramollie. Parmi les lésions qui produisent la perforation de ces organes, de ces kystes ou de ces tumeurs, les unes sont accidentelles, et dues à des causes extérieures, telles que l'action d'un instrument vulnérant, une contusion, une chute sur le ventre, et, dans ces deux cas, la péritonite qui se développe rentre dans la classe des maladies chirurgicales. D'autres péritonites par perforation sont spontanées, ou dues à des causes internes, telles que l'ulcération primitive, celle qui est consécutive au ramollissement d'un cancer ou d'un tubercule, à la rupture des parois d'un abcès, à la séparation d'une eschare, à la déchirure d'un organe volumineux distendu, comme la vessie ou l'utérus, à l'éraillement dont certains kystes paraissent être susceptibles, et, dans quelques cas, sans doute, à plusieurs de ces lésions réunies. Mais de toutes les altérations qui donnent lieu à la péritonite par perforation, la plus commune, incontestablement, est l'ulcération des follicules isolés ou agminés de l'intestin dans la fièvre typhoïde, et après elle, l'ulcération des tubercules intestinaux dans le cours de la phthisie; souvent aussi les perforations de l'appendice vermiforme du cœcum déterminent une phlegmasie du péritoine, soit qu'elles dépendent pareillement d'une ulcération typhoïde, tuberculeuse, ou même simplement inflammatoire, soit que les parois de l'appendice aient été déchirées par un corps étranger.

Les matières qui pénètrent dans le péritoine à la suite des perforations sont le plus souvent liquides, et assez irritantes pour donner immédiatement naissance à des accidens qui marquent l'instant où s'opère leur transmission dans la cavité péritonéale. Du reste, ces substances varient comme les organes ou les tumeurs qui les fournissent : l'urine, la bile, les alimens, la pâte chymeuse, du sang, du pus, les liquides variés qui existent dans les kystes, des hydatides, de la matière tuberculeuse, un détritus gangréneux, etc., peuvent passer dans le péritoine, et y produire des phénomènes inflammatoires, dont l'intensité peut et doit varier, mais qui, d'ailleurs, offrent entre eux beaucoup d'analogie.

Un trait commun à la plupart des péritonites par perforation, c'est d'abord de se développer chez des sujets déjà malades, depuis un temps plus ou moins long. Tantôt ce sont des individus atteints d'une affection chronique des voies respiratoires, qui ont eu des hémoptysies, qui toussent depuis un certain temps, qui ont des sueurs nocturnes, des alternatives de constipation et de diarrhée, et dont le thorax donne à la percussion et à l'auscultation des signes plus ou moins évidens de dégénérescence tuberculeuse : chez eux, la connaissance de ces symptômes et l'examen du thorax viennent éclairer sur la nature de la maladie du ventre, et sur l'origine de la péritonite. Tantôt la perforation des intestins et la péritonite, qui en est la suite, ont lieu dans le cours d'une affection aiguë, la fièvre typhoïde ; et l'observation a démontré (*voyez* l'ouvrage de M. Louis et celui du docteur Genest sur la maladie typhoïde) que cet accident avait lieu le plus souvent dans des cas médiocrement graves en apparence, chez des sujets, par exemple, qui n'offrent qu'un appareil fébrile peu intense, sans aucun signe d'inflammation abdominale, et quelquefois chez ceux qui semblent entrer en convalescence. Tantôt enfin les individus chez lesquels apparaissent les symptômes de la péritonite par perforation avaient quelques-unes des autres maladies que nous avons indiquées; mais nous devons ajouter que cette péritonite survient bien plus souvent dans les affections typhoïde et tuberculeuse que dans toutes les autres. Quelle que soit l'affection antécédente, à l'instant où la perforation a lieu, un changement notable s'opère subitement chez les malades. Une douleur très aiguë, rarement précédée de frisson, se fait tout à

coup sentir dans un point déterminé du ventre, le plus souvent dans la région iliaque droite ; elle augmente rapidement d'intensité, et se propage vers les parties voisines; la moindre pression l'exaspère ; des vomissemens surviennent ; le ventre se tend, son volume augmente ; le pouls se précipite, la physionomie s'altère profondément; en un mot, en quelques heures, tous les phénomènes de la péritonite la plus intense se sont montrés, et font des progrès si rapides, que la mort, qui en est la terminaison presque inévitable, a le plus souvent lieu en deux ou trois jours, et quelquefois en moins de vingt-quatre heures. Dans quelques cas, où la perforation est très-étroite et où la quantité de matière versée dans le péritoine est très petite, dans certaines perforations, par exemple, de l'appendice vermiforme du cœcum, les symptômes sont beaucoup moins intenses à leur début; la marche est bien moins rapide; elle reste circonscrite dans un point limité : c'est une péritonite partielle, dont le diagnostic laisse souvent de l'incertitude.

La *péritonite par étranglement* forme une troisième variété fort intéressante à étudier. Elle reconnaît pour cause un étranglement soit extérieur (hernie épiploïque ou intestinale), soit intérieur (invagination, bride ligamenteuse, etc.). Sa marche est généralement moins rapide que celle de la péritonite par perforation : elle n'offre, en général, dans le début, et quelquefois même pendant plusieurs jours que des symptômes obscurs, sans doute parce que l'inflammation alors est bornée à un espace peu étendu, à l'anse intestinale étranglée, et qu'elle ne s'étend que consécutivement de la portion du péritoine qui la revêt au reste de cette membrane. A l'époque où tout le péritoine participe à l'inflammation, cette variété peut être confondue avec la péritonite ordinaire ; toutefois elle en diffère, non-seulement par la cause spéciale qui la produit, mais encore par la nature et la succession de ses phénomènes, par sa terminaison, et par le mode de traitement qui lui convient. Ici, la constipation est le plus souvent le premier symptôme qui se montre; les vomissements s'y joignent, puis la douleur, et l'appareil fébrile ne se développe qu'avec cette dernière, ou même plus tard.

Dans tout le cours de la maladie, la suspension des évacuations alvines, les vomissemens, qui se répètent incessamment, la nature des substances vomies, d'abord bilieuses et

d'odeur fades, puis fétide, stercorales, la présence d'une tumeur ou d'une rénitence manifeste, ou obscure, soit à l'un des orifices du ventre, dans le cas de hernie, soit dans un point quelconque de l'abdomen dans les cas d'étranglement interne, une douleur ordinairement vive dans ce point, et la forme irrégulière du ventre dont les parois sont soulevées par les intestins distendus au-dessus de l'obstacle, donnent à cette espèce de péritonite une physionomie spéciale. Enfin, cette forme de péritonite est beaucoup plus dangereuse que la péritonite ordinaire; et dans son traitement, ont doit avoir bien plus en vue de combattre la cause qui l'entretient, que d'attaquer l'inflammation elle-même.

La péritonite ne se montre pas toujours avec des phénomènes bien tranchés. Il est une variété de cette affection à laquelle on a donné le nom de *péritonite latente*, parce qu'elle se cache trop souvent, et se dérobe même complètement à l'œil du médecin. Elle a été observée particulièrement dans quelques circonstances, par exemple, chez les sujets dont la faiblesse est extrême, ou dont les fonctions intellectuelles sont dérangées chez ceux déjà atteints d'une maladie plus ou moins grave, qui, d'une part, absorbe l'attention du médecin, et, de l'autre, masque par des symptômes beaucoup plus intenses les phénomènes obscurs de la péritonite. L'altération subite que l'inflammation du péritoine imprime à la physionomie de ces malades est souvent le seul signe qui avertisse le médecin qu'un changement important s'est opéré en eux. Un examen attentif de toutes les parties et de toutes les fonctions lui fera reconnaître une augmentation dans le volume, dans la tension du ventre, et l'expression de douleur provoquée par la pression confirmera le soupçon que les premiers signes auront fait naître.

L'inflammation n'occupe pas toujours toute l'étendue du péritoine ; elle est quelquefois bornée à une portion de cette membrane : c'est la *péritonite partielle*. Elle peut envahir certaines portions du péritoine pariétal, celui des hypochondres, des flancs , de l'excavation pelvienne, celui qui tapisse le diaphragme, le psoas; elle peut naître au voisinage du rein, de la vessie, du rectum, de l'utérus , ou d'un des ovaires. D'autres fois elle est limitée aux replis que forme la séreuse, aux ligamens larges, au mésorectum, au mésocolon, au mésentère, aux

épiploons, et constitue la mésentérite et l'épiploïte dont nous avons parlé; d'autres fois encore, elle se développe autour de la rate, du foie, et, dans ce dernier cas, elle peut être accompagnée d'ictère, et ressembler à l'hépatite. Presque toujours, dans ces diverses formes, elle est due à l'extension de l'inflammation des viscères ou du tissu cellulaire à la membrane séreuse. Ces dernières variétés de péritonites se montrent beaucoup moins à l'état aigu que sous forme chronique; elles sont surtout communes chez les enfans affectés de diathèse tuberculeuse, et souvent chez eux on trouve, à l'autopsie, le foie ou la rate complètement enveloppés d'une espèce de coque épaisse de plusieurs lignes, et qui est constituée par des fausses membranes et des tubercules.

La péritonite partielle se développe le plus souvent, ainsi qu'on vient de le voir, consécutivement à l'inflammation de quelques-unes des parties que revêt le péritoine; ailleurs elle est produite directement par une contusion, par une plaie pénétrante du ventre ou bien elle succède à une opération chirurgicale dans laquelle les parois, ou, à plus forte raison, les viscères de l'abdomen, ont été intéressés; d'autres fois, elle naît sans cause apparente. Elle débute souvent sans frisson, par une douleur dans un point limité, quelquefois dans toute une région du ventre, comme un des flancs ou l'hypogastre. Cette douleur, qui augmente par la pression, est tantôt accompagnée de tuméfaction, de dureté dans le point malade; tantôt elle existe sans tumeur, sans aucune modification dans la forme du ventre; l'appareil fébrile est ordinairement peu intense. Dans quelques cas, elle est accompagnée de troubles dans les fonctions des organes les plus voisins; mais, généralement, l'inflammation partielle ne donne lieu, ni aux vomissemens, ni à l'altération des traits, qu'on observe presque constamment dans l'inflammation qui occupe tout le péritoine.

Cette péritonite peut devenir générale, et alors elle offre le même danger, les mêmes modes de terminaison que cette dernière. Mais, le plus communément, elle reste bornée à une région plus ou moins circonscrite, et se termine favorablement après une durée plus ou moins courte de quelques jours à quelques semaines, par exemple. La plupart du temps, l'épanchement peu considérable, qui est l'effet ordinaire de l'inflammation, est résorbé, ou bien même l'inflammation donne lieu

à des adhérences qui en sont la terminaison immédiate; mais, dans quelques cas, la portion enflammée du péritoine devient le siége d'une collection de pus, circonscrite par des adhérences accidentelles. Le pus peut se faire jour à travers les parois abdominales, ou, ce qui est plus fréquent, dans quelques-uns des organes contigus dont les parois, qui sont aussi celles du foyer, sont peu à peu amincies et détruites dans un point. Il est très naturel de penser que quelques-uns des malades qui ont rendu, par le vomissement ou les selles, une certaine quantité de pus, après avoir offert des signes d'inflammation dans un point du ventre, étaient dans le cas particulier dont nous parlons. En lisant avec attention les observations d'abcès du foie, publiées dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, on reconnaît évidemment que, chez plusieurs des malades qui ont succombé et dont l'autopsie a été faite, les abcès dont il est question n'avaient pas leur siége dans le foie lui-même, mais bien entre ce viscère et les parties contiguës, et dès lors très probablement dans le péritoine. Nous n'en dirons pas autant des abcès qui se forment dans les fosses iliaques et dans l'excavation pelvienne. Ceux-ci sont presque toujours positivement formés dans le tissu cellulaire extra-péritonéal : le péritoine ici n'est que secondairement enflammé ; et c'est, comme nous avons eu occasion de le dire pour toutes les formes de péritonite, le cas le plus ordinaire.

Le *diagnostic de la péritonite aiguë* offre quelquefois beaucoup de difficulté, soit parce qu'elle existe sans être accompagnée des symptômes qui la décèlent ordinairement, soit parce que des symptômes semblables à ceux qui lui sont propres se montrent dans des cas où elle n'existe point. Nous avons traité un de ces points en décrivant la péritonite latente ; nous ne nous occuperons ici que de l'autre.

Il est plusieurs fois arrivé qu'on a regardé comme atteints de péritonite des sujets qui n'en avaient point, comme l'a prouvé l'ouverture des cadavres. Les affections qui peuvent simuler la péritonite sont, du reste, peu nombreuses : les principales sont le rhumatisme des muscles abdominaux, l'inflammation de quelques viscères, et en particulier de l'estomac, de l'utérus et de la vessie, et quelques maladies rapportées aux névroses.

Le rhumatisme affecte assez rarement les parois de l'abdo-

men, et cette circonstance explique, jusqu'à un certain point, l'erreur dans laquelle tombent parfois les médecins, lorsqu'ils rencontrent ce genre d'affection : la sensibilité très grande du ventre à la pression la plus légère, l'exaspération des douleurs par toute espèce d'effort, par le plus léger mouvement, ont plusieurs fois alors fait croire à l'existence d'une péritonite, d'autant plus que ce rhumatisme *préabdominal* se montre assez fréquemment chez les femmes en couches. L'absence de tout appareil fébrile, de tout vomissement, suffit, d'ordinaire, pour juger la question. Si, toutefois, le rhumatisme des parois abdominales était compliqué de quelque autre affection qui fût de nature à produire un mouvement fébrile et des vomissemens, le diagnostic serait alors très difficile; mais, d'une part, cette complication est fort rare, et, d'autre part, en étudiant les circonstances commémoratives, et en suivant la marche de la maladie, on parvient souvent à reconnaître que ces symptômes ont paru à des époques différentes, ou bien on voit les uns disparaître tandis que les autres persistent, et l'on en conclut qu'ils sont indépendans, et qu'ils doivent être rapportés à des affections distinctes. On remarque, par exemple, dans ce rhumatisme, dont nous avons peut-être donné la première description (*Leçons sur le rhumatisme et la goutte*, p. 67), que la face est moins constamment grippée, que la douleur n'est pas continue, qu'elle s'exaspère plutôt par le mouvement que par la pression, qu'elle est plus superficielle et plus circonscrite; en outre, la marche de ce rhumatisme peut aussi servir à le distinguer de la péritonite : s'il cesse après quelques heures de durée, ou s'il se prolonge pendant plusieurs semaines, sans qu'il survienne ni gonflement, ni tension, ni épanchement dans le ventre, on aura lieu de croire que le péritoine n'est pas le siége du mal. Dans ces cas difficiles, l'auscultation de l'abdomen pourrait être d'un grand secours : la perception du bruit de frottement péritonéal serait un indice certain du travail phlegmasique dans la séreuse abdominale. Mais, par malheur, comme plusieurs conditions sont nécessaires à la production du bruit de frottement, son absence n'est pas une preuve certaine qu'il n'existe point de péritonite, et qu'on n'ait affaire dans le cas présent qu'à une simple affection rhumatismale.

L'inflammation aiguë de l'estomac, de l'utérus ou de la vessie donne souvent lieu aux vomissemens, à la fièvre, et à une douleur abdominale que la pression exaspère. Mais ici la douleur est bornée à la région qu'occupe le viscère enflammé; le ventre ne présente pas cette *tension*, cette *rénitence*, que nous avons signalées, et qui constituent un des caractères séméiotiques les plus importans de la péritonite générale. On observe, en outre, des signes particuliers à chacune des phlegmasies indiquées, et qui n'ont pas lieu dans la péritonite.

Enfin, certaines affections dans lesquelles le système nerveux paraît être spécialement affecté peuvent simuler la péritonite : on voit dans quelques cas des douleurs aiguës développées rapidement dans le ventre, souvent sans cause appréciable, persister pendant dix ou douze heures avec des nausées, des vomissemens, de la fréquence dans le pouls, et céder à l'emploi de l'opium. Les affections connues vulgairement sous le nom de *coliques nerveuses* peuvent ressembler beaucoup à une péritonite commençante; mais elles s'en distinguent généralement par plusieurs signes : elles ne débutent pas par un frisson; si une pression peu mesurée exaspère la douleur, une pression douce, une légère friction la soulage; la douleur est moins égale que dans la péritonite; elle devient par momens beaucoup plus aiguë, et, dans ses exacerbations, elle altère la physionomie, arrache des cris au malade, l'oblige à changer presque continuellement d'attitude, et précipite le pouls, qui cesse d'être fréquent dans la rémission; enfin l'urine est presque toujours claire et abondante dans ces affections; elle est constamment rare et épaisse dans la péritonite.

Il ne suffit pas, pour le diagnostic de la maladie qui nous occupe, de déterminer, s'il existe ou non une inflammation du péritoine; il faut encore, la phlegmasie étant reconnue, déterminer, avant tout, si la maladie est primitive, ou bien si elle se rattache à quelques-unes des affections que nous avons signalées, et c'est le cas le plus ordinaire, car de ce point important dépendent le pronostic et le traitement. Si la péritonite survient après l'accouchement, il sera naturel de la rapporter à l'extension d'une phlegmasie de l'utérus; mais hors des conditions puerpérales, et quelquefois même dans les jours qui suivent

les accouchemens la péritonite peut être consécutive à des affections variées, n'être elle-même qu'un état tout-à-fait secondaire, non-seulement sous le point de vue pathogénique, mais encore sous le rapport du traitement, et dès lors c'est véritablement dans la recherche et la détermination de l'affection première que réside en réalité tout le diagnostic. Si la péritonite est produite par un étranglement externe ou interne; si elle est due à une perforation de l'intestin ou de la vésicule du fiel, c'est contre ces maladies que le traitement doit être spécialement dirigé, et non contre la péritonite, qui n'occupe que le second rang, et ne fournit que des indications secondaires. Nous ne devons ici que signaler ce point important de l'histoire des affections aiguës de l'abdomen, puisque déjà, en décrivant chacune de ces formes de la péritonite, nous avons indiqué les signes qui les distinguent les unes des autres.

Le pronostic est également subordonné, avant tout, à cette considération importante: si la péritonite est consécutive, le danger sera proportionné à la gravité de l'affection qui a produit la péritonite; si celle-ci est primitive, le péril dépendra à la fois de l'étendue de l'inflammation, et des conditions générales d'âge et de santé dans lesquelles se trouvera le malade. La péritonite partielle est le plus souvent susceptible d'une heureuse solution; la péritonite générale est presque constamment mortelle. Dans les épidémies de péritonite puerpérale, le pronostic, pour chaque cas particulier, est subordonné à la fois au caractère général de l'épidémie, et aux conditions individuelles. La péritonite qui dépend d'une cause externe, celle qui succède à une plaie, à une opération chirurgicale, est, toutes choses égales d'ailleurs, moins grave que celle qui survient sans cause externe évidente. Il n'est pas besoin d'ajouter que celle qui est due à un étranglement externe, auquel les secours chirurgicaux peuvent être directement opposés, est moins grave, toutes choses égales d'ailleurs, que celle qui dépend d'un étranglement interne, auquel nous ne pouvons opposer que des moyens indirects de traitement.

Les *lesions anatomiques* que présente, à l'ouverture du corps, le péritoine enflammé sont en grande partie les mêmes que celles qu'on rencontre dans les autres membranes séreuses (*voy.* INFLAMMATION). Toutefois, la péritonite aiguë présente sous

ce point de vue quelques particularités qui doivent trouver ici leur place.

Dans les cas où la mort a été très prompte, la péritonite, comme la pleurésie, peut être sèche, l'autopsie n'offrir qu'une rougeur plus ou moins étendue des viscères abdominaux sans épanchement de liquide dans le péritoine. Cette rougeur, que Scoutteten (*Archives générales de méd.*, t. III, p. 501) a produite artificiellement chez des chiens, en leur injectant de la bile dans la cavité du péritoine, «ne consistait, au bout de vingt-quatre heures, qu'en de petites taches rouges, de la largeur d'une ligne, et même moins; formées, quand on les examinait à la loupe, d'un pointillé très fin dans les intervalles duquel la membrane avait conservé sa blancheur: la séreuse paraissait alors luisante et sèche; mais si on la touchait avec le doigt, on reconnaissait qu'elle était recouverte d'un enduit onctueux et un peu visqueux. Quelquefois au lieu de ces taches, il y avait des stries rouges plus ou moins nombreuses dues au développement des vaisseaux sanguins; les taches se confondent, forment des plaques, et bientôt la rougeur devient générale.» Cette rougeur est tantôt écarlate, tantôt violette, et même presque noire. On trouve, en général, chez les sujets qui succombent très rapidement, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, par exemple, une couche très mince de matière purulente, demi-concrète, qui n'est quelquefois apparente que dans les enfoncemens formés par le contact des circonvolutions intestinales: elle se présente sous l'aspect d'une bandelette prismatique, dont la face antérieure correspond à la paroi du ventre, et dont les deux autres faces, légèrement concaves, appuient sur les deux intestins contigus, et se terminent dans leur intervalle par un angle arrondi.

Quand la péritonite a duré plusieurs jours, on rencontre dans la cavité abdominale un liquide plus ou moins abondant, des flocons albumineux adhérant aux intestins, ou flottant dans le liquide, et des fausses membranes. Celles-ci, d'abord molles, deviennent insensiblement plus fermes; elles sont d'un blanc pur ou jaunâtre, ou grisâtre, ou même un peu rouges; elles recouvrent les parties les plus phlogosées, et établissent des adhérences entre les différens viscères, entre les portions contiguës du canal intestinal, et entre celles-ci et les parois de l'abdomen. Parfois étendues en nappes, en bandelettes,

dont la longueur et la largeur varient, elles se montrent, dans d'autres circonstances, sous forme de points granuleux ou de petites plaques à bords déchiquetés, irrégulièrement disposées à la surface des intestins. Les pseudomembranes, déjà sensibles, après trente ou quarante heures, deviennent de plus en plus épaisses, et peuvent, avec le temps, acquérir une épaisseur de plusieurs lignes (*voyez* plus loin *Péritonite chronique*). Le liquide peut, après un jour et demi ou deux jours, être accumulé en quantité notable; il se ramasse ordinairement dans les parties les plus déclives, à moins qu'il ne soit retenu par des adhérences dans d'autres points. Quelquefois assez limpide, surtout quand la péritonite est partielle, il a, dans d'autres circonstances, une coloration jaunâtre; en général, il est trouble, et a tous les caractères du pus, ou du moins de la sérosité purulente; sa quantité s'élève rarement au-delà d'un à deux litres.

On peut encore rencontrer du sang épanché dans l'abdomen, à la suite de la péritonite aiguë, sans qu'il y ait eu lésion traumatique. C'est la *péritonite hémorrhagique* dont on trouve quelques exemples dans les auteurs (Broussais, *Phlegm. chroniq.*, observ. 42; Andral, *Clinique*, observ. 5 et 10). Ces épanchemens sanguins sont, du reste, très rares; le plus souvent on ne trouve que des stries sanguines placées sur plusieurs points des intestins. Quant à la gangrène du péritoine, dont les anciens auteurs ont beaucoup parlé, elle n'existe que dans les cas où l'inflammation occupe en même temps les organes que la séreuse recouvre, par exemple, dans l'étranglement d'une anse intestinale, ou quand une ulcération a détruit de dedans en dehors toute l'épaisseur des tuniques intestinales, le péritoine excepté. Tout porte à croire que les ecchymoses formées en dehors du péritoine, et spécialement entre cette membrane et les muscles de la paroi antérieure du ventre, en ont imposé aux médecins des siècles précédens, et leur a fait voir une gangrène là où il n'y avait qu'une simple altération de couleur produite par l'extravasation du sang sous une membrane transparente.

Indépendamment de ces altérations, qui sont communes à toutes les espèces de péritonites, il en est d'autres qui sont propres à quelques formes de cette maladie. Dans la péritonite puerpérale, on trouve généralement une laxité plus grande

des parois abdominales, et une quantité de liquide plus considérable que dans les autres variétés; quelquefois aussi on constate une infiltration purulente dans le tissu cellulaire souspéritonéal de l'utérus, et dans celui du petit bassin. On avait admis autrefois que le liquide épanché, qui, dans certains cas, est lactescent, était formé en partie, ou même en totalité, par du lait dévié de son cours naturel : le raisonnement et l'expérience ont fait justice de cette prétendue métastase laiteuse. Pour réfuter cette croyance, P. Franck établit, avec raison, qu'on a trouvé ce liquide *lactiforme* non-seulement dans la phlegmasie péritonéale des femmes en couches, mais encore dans toute espèce de péritonite, et même chez des hommes, et que l'analyse chimique n'y a montré que les principes de l'humeur péritonéale. De nos jours, les chimistes les plus habiles n'ont pu découvrir dans cette sérosité purulente les élémens du lait, pas plus qu'ils ne les ont trouvés dans le sang ou dans l'urine. Rappelons enfin, pour terminer ce qui a trait aux particularités d'anatomie pathologique que présente la péritonite puerpérale, que, dans cette variété de la maladie, l'état de l'utérus, qui est volumineux, celui de ses vaisseaux, et de ses annexes, méritent une grande attention (*voy.* PUERPÉRALE (fièvre) et UTÉRUS (maladies)).

Dans la plupart des cas de péritonite, les anses intestinales, distendues par des gaz, forment des saillies plus ou moins considérables : dans celle qui est consécutive à la perforation des intestins ou de l'estomac, il se dégage ordinairement du ventre, à l'instant où le scalpel pénètre dans le péritoine, une certaine quantité de ces gaz, qui exhalent, ainsi que le liquide purulent contenu dans cette cavité, une odeur d'autant plus fétide, que la perforation occupe un point moins éloigné de l'anus. Le maximum des lésions anatomiques, rougeur, pseudomembranes, etc., existe habituellement dans le voisinage de la perforation. On remarque, de plus, dans le liquide épanché, une couleur qui ne lui est pas naturelle, et qui est semblable à celle du liquide contenu dans l'organe perforé : jaune ou brunâtre, si la perforation occupe l'intestin, cette couleur, quelquefois brune ou lie de vin, est limpide et incolore, si la péritonite est due à la rupture d'un kyste; elle est brune, verdâtre et sans odeur, si la déchirure a son siége dans la vésicule du fiel ou dans ses canaux (obs. de M. Martin-Solon,

Archives générales de médecine, 1824, t. v, p. 546); jaunâtre, avec une odeur urineuse, quand la vessie s'est rompue. On y distingue ailleurs des portions d'aliments non digérés, dans les cas où l'estomac est perforé; du sang, du pus dont nous avons indiqué les sources différentes, et qui peut venir même de la poitrine, en se faisant jour à travers le diaphragme (Scoutteten, *Archives de médecine*, t. v, p. 549); des débris d'hydatides, des lombrics qui, de l'intestin, ont pénétré dans la cavité péritonéale par l'ouverture de communication; des matières fécales, des calculs; il a été encore possible, dans des circonstances exceptionnelles (Scoutteten, *loc. cit.*), de reconnaître, mélangée au liquide de la péritonite, une certaine quantité de chyle et des eaux de l'amnios.

Ces conditions anormales du fluide épanché, et surtout la présence dans le péritoine de substances gazeuses, liquides ou solides, que l'inflammation seule ne saurait y produire, sont des indices certains qu'il existe une perforation, et conduisent le médecin dans la recherche quelquefois très difficile de son siége. Parfois, on la découvre sans peine, quand, par exemple, elle occupe l'estomac ou un vaste kyste développé dans le ventre : mais il n'en est pas toujours ainsi, spécialement quand elle a son siége dans l'intestin. On a proposé dans ce cas, pour la reconnaître, d'insuffler le canal intestinal; mais il existe un moyen plus simple et tout aussi sûr : il consiste à pousser les gaz et les fluides contenus dans le tube digestif, depuis l'origine du jéjunum jusqu'à la valvule iléocœcale, et au besoin, même plus loin. Ces fluides distendent progressivement les diverses portions de l'intestin, et lorsqu'ils sont parvenus à l'endroit où existe l'altération qu'on cherche à découvrir, on les voit s'échapper en bouillonnant et avec bruit. Dans les cas où cette lésion est très étroite, il est quelquefois nécessaire de recouvrir d'eau toute la masse intestinale, afin que les bulles d'air, si petites qu'elles soient, qui s'échappent par la perforation, soient rendues apparentes en traversant le liquide dans lequel l'intestin est plongé. S'il y a des adhérences, il faut détruire avec précaution celles qui sont molles, respecter celles qui offrent de la résistance, sans quoi l'on s'expose à déchirer les intestins, souvent ulcérés ou ramollis, et à ajouter de nouvelles ruptures à celles qui ont eu lieu pendant la vie, ou bien à agrandir celles qui existent, ce qui crée de nouvelles difficultés.

La péritonite qui est due à un étranglement externe ou interne présente après la mort une disposition anatomique très remarquable, qui le plus souvent se montre pendant la vie, et devient de plus en plus prononcée, à mesure que le mal fait des progrès, et que la fin est plus prochaine : la partie du conduit digestif comprise entre l'estomac, ou pour mieux dire, entre le cardia et le point étranglé, offre un volume énorme, double ou triple de l'état ordinaire ; la partie inférieure est, au contraire, diminuée dans la même proportion, et souvent elle est entièrement cachée sous la première. Cet aspect particulier du ventre ne laisse presque aucun doute sur l'existence d'une occlusion ; il ne reste plus qu'à en reconnaître le siége et la cause. Cette recherche présente souvent des difficultés extrêmes, surtout dans les cas où la maladie a duré long-temps, un mois, par exemple : il s'est formé alors entre les points contigus du péritoine des adhérences si solides, qu'il est presque impossible de les détruire avec les doigts, et, à plus forte raison, avec le scalpel, sans déchirer ou inciser les intestins eux-mêmes.

Les faits d'anatomie pathologique qui viennent d'être présentés confirment pleinement, comme on le voit, l'opinion que nous avons émise dans l'exposition des causes et des formes de la péritonite, savoir : que cette inflammation est presque toujours consécutive à une autre maladie, exception faite des cas où elle est due à des causes vulnérantes. Nous ajouterons que, si cette pensée doit toujours être présente à l'esprit du médecin au lit du malade, quand il s'agit d'établir le diagnostic, elle doit lui être présente encore quand il procède à l'ouverture des cadavres pour constater les désordres produits par la maladie. Je ne saurais dire combien de fois il est arrivé que là où un premier et trop rapide examen n'avait montré qu'une péritonite, un examen approfondi a fait voir une lésion plus importante, par exemple une occlusion ou une perforation, qui constituait réellement la maladie, en expliquait les phénomènes et la gravité, tandis que la péritonite qui, trop souvent, avait seule, pendant la vie, occupé l'attention du médecin, et contre laquelle le traitement avait été exclusivement dirigé, n'était qu'une affection secondaire, et n'avait fourni que des indications impuissantes. La maladie véritable, celle contre laquelle les moyens thérapeutiques devaient être énergique-

ment dirigés, avec de justes chances de succès, est, dans un trop grand nombre de cas, inconnue après la mort, comme pendant la vie, parce que les médecins ne sont pas assez pénétrés de ce fait général, qu'une péritonite spontanée et primitive est une maladie peu commune, et que toutes les fois qu'au lit du malade, ou à l'ouverture d'un cadavre, on rencontre des symptômes ou des lésions anatomiques qui semblent lui appartenir, on doit constamment diriger ses recherches dans le but de reconnaître si cette inflammation du péritoine ne se lierait pas, dans le cas actuel, comme dans la plupart des cas bien observés, à une autre affection dont elle ne serait que la conséquence.

Les considérations que nous avons émises sur les conditions dans lesquelles se développe le plus souvent la péritonite, sur les formes diverses qu'elle revêt à raison des affections variées auxquelles elle se rattache, sur l'importance extrême qu'il y a pour le médecin à distinguer, au milieu des symptômes communs à toutes les inflammations du péritoine, les phénomènes propres à chacune d'elles, ont spécialement pour but de conduire à un *traitement* plus rationnel et plus efficace. Aussi, toutes les fois qu'un médecin trouve dans la douleur, la tension, et la sensibilité du ventre à la pression, dans l'intensité du mouvement fébrile, et l'altération des traits, les signes d'une inflammation du péritoine, il doit se demander avant tout s'il a sous les yeux une péritonite simple, qu'il devra attaquer par les moyens antiphlogistiques, ou si la péritonite n'est que la conséquence d'une autre lésion, comme serait une occlusion intestinale, une perforation qui fournirait les premières et les principales indications : or, dans le plus grand nombre des cas, nous ne saurions trop le redire, parce que notre opinion est en opposition avec les idées et la pratique de l'immense majorité des médecins, la péritonite est une affection secondaire; le diagnostic n'est complet, et les indications thérapeutiques ne peuvent être méthodiquement établies qu'autant que le médecin est parvenu à reconnaître la lésion primitive, surtout si cette lésion est autre que la simple inflammation de quelque partie contiguë au péritoine.

Si, dans l'examen attentif de toutes les circonstances de la maladie, de la manière dont elle a commencé, de la succession des phénomènes qu'elle a présentés depuis son début, des

symptômes qu'elle offre actuellement; si, dans les recherches relatives à la santé antérieure du sujet, on ne découvre rien qui puisse faire soupçonner que la péritonite est secondaire, on devra provisoirement la regarder comme primitive, et la combattre selon qu'elle sera locale ou générale, légère ou grave, par les moyens antiphlogistiques, employés avec une énergie proportionnée à l'étendue et à l'intensité de l'inflammation.

Si la péritonite générale est intense, il convient de l'attaquer, dès son début, par les moyens thérapeutiques les plus puissans. En conséquence, on doit immédiatement prescrire une large saignée du bras, de cinq à six cents grammes par exemple, la répéter, au besoin, une et même deux fois dans les premières vingt-quatre heures : appliquer sur le ventre, et spécialement sur la région dans laquelle la douleur a commencé à se faire sentir, des sangsues en grand nombre, cinquante, et même cent, par exemple, si la violence de la maladie le demande, et si la force des sujets le permet. Après qu'elles sont détachées, on couvre le ventre d'un cataplasme de farine de lin ou de fomentations émollientes, si la douleur n'y met pas obstacle; dans le cas contraire, toute application locale est formellement contre-indiquée; on doit même maintenir soulevées, à l'aide d'un cerceau, les couvertures du lit, si leur contact sur le ventre est douloureux, comme cela arrive quelquefois. On recommande au malade de rester immobile sur le dos, dans une situation horizontale, de tenir les genoux fléchis sur les cuisses pour relâcher les parois du ventre, de ne point la changer de position, soit pour boire, soit pour excréter l'urine ou les matières fécales. Les bains entiers et les demi-bains sont parfaitement indiqués dans la péritonite; mais, quelque favorable que puisse être l'immersion des parties douloureuses dans l'eau simple ou dans un liquide émollient, de grands inconvéniens obligent souvent de renoncer à ce moyen, surtout dans les cas les plus graves. En effet, un malade pour qui le moindre mouvement est douloureux, ne peut pas être enlevé de son lit, placé dans une baignoire, y rester dans une attitude presque assise, être retiré, essuyé, enveloppé de nouveaux vêtemens, sans de graves inconvéniens : voilà bien des circonstances contraires pour une seule qui est avantageuse; aussi pensons-nous qu'on

ne doit employer le bain qu'avec beaucoup de circonspection, et avec la détermination d'y renoncer si les premiers essais exaspèrent les douleurs ou fatiguent les malades. Si, au contraire, le bain soulage la douleur, et si les déplacemens et les soins qu'il exige ne fatiguent point le malade, on doit le répéter tous les jours une ou plusieurs fois, et le prolonger. On a inventé, dans ces derniers temps, une espèce de baignoire qui offre, dans le traitement de la péritonite et de toutes les phlegmasies abdominales, de grands avantages sur la baignoire ordinaire : elle est munie d'un double fond qu'on élève, qu'on abaisse à volonté au moyen d'une espèce de cric. La baignoire étant roulée près du malade, on élève le double fond à la hauteur du lit ; le malade se glisse, ou est poussé du lit sur le double fond, élevé au-dessus de l'eau. Ce double fond, muni d'un chevet métallique qui soutient la tête, est alors abaissé doucement, au moyen de l'appareil indiqué, jusqu'à ce que tout le corps plonge horizontalement dans l'eau. Pour l'en retirer, on élève le double fond au-dessus de l'eau, on essuie le malade, et on le *coule* dans son lit sans effort et sans secousse, comme on l'avait placé dans le bain. La position assise, que les malades sont obligés de prendre dans les baignoires ordinaires, est doublement nuisible dans les phlegmasies abdominales, par la douleur qu'elle provoque, et par l'influence nuisible qu'elle exerce sur la circulation sanguine dans les parties phlogosées. La position parfaitement horizontale qu'on peut donner aux malades dans la baignoire à double fond, la facilité avec laquelle ils peuvent, dans cette position, supporter plus long-temps l'immersion dans l'eau, donnent encore à la baignoire à double fond une très grande supériorité sur les autres, et nous ne saurions trop en recommander l'usage.

Quant aux boissons, deux indications différentes doivent diriger le médecin dans leur choix : celle de modérer la soif et la chaleur, comme dans les autres phlegmasies, et celle de combattre ou de prévenir le vomissement qui accompagne ordinairement la péritonite : le petit-lait, les émulsions légères, la solution de sirop de groseilles ou de cerises, l'orangeade, la limonade, les boissons gazeuses, atteignent ordinairement ce double but ; on les prescrit fraîches ou même glacées, à moins que les malades ne demandent par goût à les boire tièdes ; s'ils préfèrent l'eau pure, il n'y a aucun inconvénient à les satis-

faire, et il y en aurait souvent à leur faire prendre une boisson pour laquelle ils auraient de la répugnance. On recommande généralement aux malades de boire peu à la fois et souvent; les boissons abondantes favorisent les vomissemens, et tout ce qui pourrait provoquer ce symptôme doit être soigneusement éloigné.

Il est généralement utile, dans le traitement de la péritonite, de tenir le ventre libre : des lavemens doivent être donnés avec le clyso-pompe, sans déplacer et sans découvrir les malades; mais ils n'agissent d'ailleurs que sur le gros intestin; aussi doit-on, en outre, administrer par la bouche les médicamens propres à opérer une révulsion douce sur la totalité du conduit intestinal. Dans ce but, on édulcore quelques-unes des boissons avec le miel, on ajoute au petit-lait un peu de décoction de pruneaux ou de pulpe de tamarin, ou dix à vingt grammes d'un sel neutre, de sulfate de soude ou de magnésie, par exemple. Si ces moyens sont insuffisans, on donne une ou deux cuillerées à café (4 ou 8 grammes) d'huile de ricin récente, et préparée à froid, dans quelques cuillerées à bouche de bouillon de bœuf, dégraissé et bien chaud, et cette dose suffit communément pour provoquer plusieurs évacuations : on y revient, si l'effet est insuffisant, ou s'il n'est que passager; on y renoncerait si elle déterminait le vomissement; en général, on cherche à provoquer deux ou trois selles liquides par jour. Les laxatifs ne doivent être mis en usage qu'après une ou plusieurs évacuations sanguines; ils peuvent être continués lorsque la faiblesse ne permet plus de recourir à ces dernières.

Si, malgré l'emploi méthodique de ces divers moyens, l'inflammation du péritoine persiste sans amendement, et continue même à s'aggraver pendant plusieurs jours, la position du malade est extrêmement fâcheuse, bien qu'elle ne soit pas pour cela désespérée; lorsque la diminution des forces s'oppose à ce qu'on revienne aux émissions sanguines, on insiste sur les bains, les fomentations émollientes, les laxatifs doux, les diurétiques; si la peau reste sèche, on donne des boissons légèrement diaphorétiques; on met des cataplasmes, non-seulement sur le ventre, mais sur les cuisses et les jambes, sur la poitrine elle-même, pour humecter la peau et favoriser la transpiration. Les frictions mercurielles, spécialement préco-

nisées par le professeur Velpeau, doivent aussi être mises en usage, non-seulement à cette époque avancée de la maladie, mais dès le principe, quand elle se présente avec des symptômes formidables. L'efficacité de ce moyen ne nous paraît pas bien rigoureusement démontrée; mais, dans une maladie aussi grave, c'est un devoir pour le médecin de ne rien négliger de ce qui *peut être* utile, lors même qu'il conserve des doutes sur l'utilité des moyens qu'il emploie, et quand, d'ailleurs, il n'a aucun motif d'en craindre de mauvais effets : or, tel est le cas des préparations mercurielles dans les phlegmasies en général, et particulièrement dans celles du péritoine. Le seul inconvénient attaché à leur usage est la salivation; mais loin de la craindre dans la péritonite, je la regarde, au contraire, comme une circonstance heureuse, car on voit guérir presque tous les malades chez lesquels elle a lieu. Je ne saurais déterminer si la salivation concourt alors activement à la résolution de la péritonite, ou si son apparition est seulement l'indice que l'inflammation du péritoine perd de son intensité; toujours est-il que la salivation n'a pas lieu dans les péritonites mortelles, et qu'elle est toujours, quand elle survient, d'un pronostic favorable.

Voici de quelle manière, et avec quelles précautions on emploie les frictions mercurielles sur le ventre, dans le traitement de la péritonite aiguë. On étend doucement sur le ventre, au moins deux ou trois fois le jour, une couche d'onguent mercuriel de dix à vingt grammes; quand la couche d'onguent déjà employé devient trop épaisse, on doit, avant d'en étendre une nouvelle, l'enlever avec de l'eau de savon, ou avec de l'huile, ou même en donnant un bain; on aura soin que le malade soit soustrait à l'influence du froid, et que la température de sa chambre ne descende pas au-dessous de quinze à dix-huit degrés centigrades. On doit, pendant l'emploi des frictions mercurielles, surveiller continuellement l'état de la membrane muqueuse buccale, et dès qu'on observe un commencement de tuméfaction ou de ptyalisme, suspendre immédiatement les frictions, et nettoyer complètement les parois abdominales de l'onguent mercuriel qui y serait encore.

Si, nonobstant l'emploi de ces divers moyens, l'inflammation du péritoine fait des progrès, et surtout si un liquide séro-purulent s'épanche en certaine quantité dans la cavité

abdominale, on doit couvrir le ventre d'un large vésicatoire qu'on entretiendra au besoin, comme on le fait dans le traitement de la pleurésie, où l'application de ce moyen est d'un usage général quand un épanchement s'est formé.

Il n'est pas impossible que la quantité de liquide exhalé dans le péritoine finisse par être assez considérable pour que l'opération de la paracentèse puisse devenir *chirurgicalement* praticable, surtout dans la péritonite puerpérale, où la laxité des parois du ventre permet ces accumulations rapides; mais je ne sache pas que jamais cette opération ait été faite dans la péritonite aiguë, et je ne prévois pas quelles circonstances impérieuses pourraient mettre le médecin dans la nécessité de recourir à une opération contre-indiquée par la nature actuellement inflammatoire de la maladie, et par la grande étendue de la séreuse abdominale. On a bien cité, à la vérité, quelques cas dans lesquels, à la suite de la péritonite puerpérale, en particulier, des ouvertures survenues spontanément aux parois abdominales avaient donné lieu à l'écoulement d'une matière purulente ou laiteuse, et où cet écoulement spontané aurait été suivi d'abord d'un soulagement sensible, puis d'une guérison complète. On a rapporté même plusieurs faits dans lesquels la ponction du ventre, pratiquée dans les mêmes conditions, aurait été suivie du même succès. Mais on doit, d'une part, reconnaître que l'art ne peut pas toujours faire impunément ce que fait la nature, surtout dans l'expulsion des corps étrangers, et spécialement du pus; et, d'autre part, on doit se demander si les collections purulentes dont P. Franck a parlé, avaient leur siége dans le péritoine lui-même, ou si plutôt elles n'étaient pas situées entre le péritoine et les muscles abdominaux, ou même entre les divers plans des muscles eux-mêmes. Aussi doit-on admettre comme règle générale que, dans la péritonite, comme dans la pleurésie, c'est seulement après que la période inflammatoire est passée, et qu'un épanchement abondant a résisté aux moyens *médicinaux*, qu'on peut penser à donner issue au liquide par une opération chirurgicale.

Diverses circonstances peuvent apporter, dans le traitement de la péritonite, des modifications importantes : la force du pouls, la rougeur de la face, ajoutent encore à l'urgente indication de tirer du sang largement et promptement; la petitesse

du pouls, la pâleur du visage, l'altération des traits, ne sont pas des contre-indications absolues à l'emploi de la saignée : l'inflammation du péritoine produit souvent ces phénomènes chez les sujets les plus robustes, les plus aptes, par conséquent, à bien supporter les émissions sanguines; et il n'est pas très rare de voir alors, après une forte saignée, le pouls se développer, et la figure prendre une coloration meilleure.

Lorsque la péritonite se montre escortée de symptômes bilieux, et particulièrement des signes d'un embarras gastrique, l'emploi des vomitifs, que ces phénomènes sembleraient réclamer, présente des contre-indications sérieuses : d'une part, les efforts qui accompagnent le vomissement exaspèrent singulièrement les douleurs abdominales, et ajoutent à l'intensité de l'inflammation; et, d'autre part, il n'est pas rare de voir se dissiper en quelques jours, sous l'influence de la diète et des boissons acidulées, les signes qui indiquaient l'embarras de l'estomac. Toutefois, si le malade était sans cesse tourmenté par des vomituritions, s'il rejetait de temps à autre des matières bilieuses ou muqueuses, et si chaque vomissement était suivi d'un soulagement notable, on devrait essayer de provoquer un vomissement plus facile et plus complet, soit à l'aide de quelques verres d'eau tiède, soit au moyen de soixante à quatre-vingts centigrammes d'ipécacuanha : le fréquent usage qu'on a fait de ce vomitif dans la péritonite puerpérale prouve qu'il est des cas dans lesquels il est permis d'y recourir.

Lorsque des symptômes nerveux ou ataxiques apparaissent dès le début de la péritonite, cette circonstance, qui rend le pronostic beaucoup plus fâcheux, n'apporte pas de changement très important dans le traitement : la méthode antiphlogistique doit être employée avec énergie; les bains sont alors tellement indiqués, qu'on doit prendre toutes les précautions pour que le malade puisse en user sans fatigue et sans augmentation de ses douleurs. Si les symptômes nerveux ne se montrent qu'à une époque avancée de la maladie, on a recours aux sinapismes, aux vésicatoires, aux médicamens antispasmodiques, et spécialement au musc, préconisé singulièrement dans le traitement de toutes les phlegmasies ataxiques par des médecins très habiles; mais, dans la grande majorité des cas, ces remèdes, comme tous les autres, sont sans effet.

Si la péritonite se montre dès le principe avec une prostra-

tion extrême des forces, l'affaissement des traits, la diminution rapide de la chaleur, la faiblesse du pouls, la fétidité de la transpiration et des autres matières excrétées, ces conditions éloignent jusqu'à l'idée de toute évacuation sanguine : on en est réduit alors aux révulsifs seuls ou combinés avec les toniques, moyens presque toujours impuissans contre un mal aussi grave. Ce n'est guère que chez les sujets affaiblis considérablement par une autre maladie ou par les progrès de l'âge, que la péritonite présente, dès le début, cette forme réellement adynamique : ces cas exceptés, la faiblesse est presque toujours l'effet de l'intensité de la phlegmasie péritonéale, et est loin de contre-indiquer les évacuations sanguines.

La péritonite puerpérale réclame des modifications importantes dans son traitement, surtout quand elle règne épidémiquement dans un établissement destiné à recevoir les femmes en couches. Il convient alors d'apporter une attention toute particulière à la température des salles, au renouvellement de l'air, à l'extrême propreté des garnitures de lit, au changement fréquent de linge, et de lutter le plus possible contre l'accumulation d'un nombre presque toujours trop grand de femmes en couches dans le même local. Dès le commencement de l'épidémie, on apporte plus de soin encore que dans les temps ordinaires à chercher les indications que présente la maladie, et à apprécier l'effet des moyens mis en usage. Dans les épidémies les plus graves, on doit varier les méthodes de traitement, et ne pas insister sur celles qui, bien que rationnelles en apparence, seraient cependant impuissantes contre le mal.

Du reste, dans la péritonite puerpérale épidémique, comme dans celle qui est sporadique, on doit mettre un soin particulier à favoriser le gonflement des mamelles au moment de la fièvre de lait, à s'enquérir de l'abondance et de la nature des lochies, à renouveler fréquemment les linges qui les reçoivent, à prescrire des injections à des intervalles rapprochés lorsque leur odeur ou leur âcreté doivent faire craindre que leur présence dans le vagin et dans l'utérus ne devienne une cause d'irritation ou d'infection. Si les lochies sont supprimées, on cherchera à les rappeler en recouvrant les parties extérieures de la génération de fomentations

chaudes, ou de cataplasmes de farine de graine de lin, en appliquant des ventouses sèches à la partie supérieure et interne des cuisses, des sangsues aux grandes lèvres; mais on doit reconnaître que c'est surtout par la diminution et la cessation des phénomènes inflammatoires dont le péritoine est le siége, que le cours des lochies se rétablit. Il en est à peu près de même de la sécrétion du lait; toutefois, il convient aussi de la favoriser en couvrant les mamelles de coussinets ouatés qui y concentrent la chaleur, et en faisant exercer plusieurs fois le jour sur le mamelon, une succion de quelques minutes, soit par l'enfant nouveau-né, ou par un jeune animal, soit à l'aide de quelqu'un des appareils inventés dans ce but.

Si la maladie se présente sous la forme franchement inflammatoire, les moyens antiphlogistiques seront employés avec énergie. Ces moyens ne seront admis qu'avec une extrême réserve dans les cas où des symptômes ataxiques ou typhoïdes apparaîtraient dès le début : on y renoncerait entièrement si ces phénomènes se déclaraient après plusieurs émissions sanguines, et plusieurs jours après le début du mal : les bains, les laxatifs, quelquefois les vomitifs, les révulsifs sur les membres, les frictions mercurielles, les antispasmodiques, sont les moyens auxquels on est alors obligé de recourir. Nous ne signalerons pas ici un grand nombre de médicamens qui ont été vantés, puis abandonnés tour à tour, dans cette forme de péritonite : nous ne croyons pas qu'on en ait obtenu des résultats plus avantageux que des remèdes précités; et, par exemple, nous n'avons rien trouvé de concluant dans la thèse du docteur Fernandès (Paris, 1830), relative aux succès que les auteurs anglais et le docteur Brenan, entre autres, auraient eus par l'administration de l'huile essentielle de térébenthine à la dose de quatre à huit grammes plusieurs fois par jour. M. Cruveilhier a donné ce médicament aux nouvelles accouchées de la Maternité, et il est loin de lui avoir reconnu l'efficacité que lui avait attribuée le docteur Brenan (*Thoughts on puerperal fever, etc.* Londres, 1814).

Dans la péritonite qui est due à la rupture d'un organe creux, la mort est, en général, très prompte, et à peu près inévitable. La principale indication qui se présente ici est d'éloigner du malade toutes les circonstances qui pourraient favoriser le passage dans la cavité péritonéale des matières

contenues dans l'organe perforé. On conçoit que, si la quantité de cette matière était très petite et restait dans le point le plus voisin du péritoine, il se pourrait que l'inflammation y demeurât bornée, et que des adhérences produites par cette inflammation missent obstacle au passage de nouvelles matières étrangères dans le péritoine, et posassent ainsi des limites à la maladie. En conséquence, si le médecin est appelé près d'un malade, dès l'instant où l'apparition soudaine d'une douleur très aiguë, dans un point fixe du ventre, marque le début de cette péritonite, il devra, en même temps qu'il fera tirer du sang du bras, et couvrir de sangsues le point affecté, recommander, 1° une immobilité absolue, plus rigoureuse encore que celle que l'on prescrit dans les péritonites ordinaires; 2° une attention continuelle à éloigner du point douloureux toute espèce de pression : le malade lui-même ne devra pas y poser la main, quelque vive que soit la douleur; 3° dans le cas où la perforation paraîtrait avoir son siége dans une portion du conduit digestif, une abstinence complète de toute espèce de boisson serait nécessaire, afin de diminuer, le plus possible, les contractions de l'intestin, et de ne pas ajouter de nouvelles matières à celles qu'il contient. Si le malade était tourmenté par une soif vive, on lui permettrait seulement d'humecter sa bouche avec de l'eau fraîche qu'il rejetterait, ou, tout au plus, de sucer, à des intervalles déterminés, quelques quartiers d'oranges; 4° on joindrait à ces moyens l'emploi de l'opium à haute dose. Ce remède, en effet, devient dans ces circonstances, comme dans plusieurs autres, le moyen thérapeutique le plus efficace, celui qui peut concourir le plus énergiquement à arrêter le développement d'un mal qu'on a long-temps considéré comme inévitablement mortel. L'opium offre ici de grands avantages : non-seulement, en modérant la douleur du ventre et la sensibilité qui la perçoit, il donne du calme au malade, et diminue l'afflux du sang vers le point phlogosé; mais encore, quand il est porté à dose narcotique, il rend l'immobilité du malade plus facile et plus complète; il modère et suspend peut-être les contractions intestinales, et place, par conséquent, les parties affectées dans les conditions les plus propres à la fois à prévenir un nouvel épanchement de matières dans le péritoine, et à circonscrire par des adhérences le petit épan-

chement déjà formé. Dans les cas où la rupture d'un kyste, d'un abcès, d'un vaisseau, de la vésicule du fiel, a donné lieu à cette forme de péritonite, l'opium est encore, aussi bien que dans la perforation intestinale, le moyen qui offre le plus de chances de guérison, surtout quand il est employé aussitôt que les premiers accidens révèlent l'existence de la maladie. J'ai plusieurs fois mis en usage ce traitement dans la péritonite due à la perforation des intestins chez des sujets atteints de maladie typhoïde : une fois le mal a été enrayé; mais j'ai dû conserver quelques doutes sur la perforation des intestins.

Quand, à l'aide de ces moyens, le mal paraît se borner, on doit insister long-temps sur leur usage, et s'abstenir de purgatifs, qui plusieurs fois, par une action facile à concevoir, ont renouvelé les accidens qui avaient été conjurés par l'opium, et déterminé rapidement la mort d'individus qui paraissaient être en convalescence (voy. *Gazette de santé*).

Lorsque la péritonite est consécutive à l'étranglement d'une anse intestinale, il faut, sans toutefois négliger les moyens propres à combatre la phlegmasie elle-même, s'attacher particulièrement à détruire l'étranglement qui l'a développée, qui l'entretient, et qui doit l'augmenter tant qu'il persistera. Sans entrer ici dans des détails mieux placés ailleurs sur le traitement de cette maladie, je dirai que les purgatifs administrés par la bouche, sous forme pilulaire, ou suspendus et concentrés dans une potion qu'on donne par cuillerée; les douches ascendantes, dont l'action physique peut aller jusqu'à repousser l'intestin grêle invaginé dans le cœcum, et étranglé par la valvule iléo-cœcale; la glace appliquée sur le ventre et par la bouche, l'eau glacée en lavemens, sont, de tous les moyens propres à combattre l'étranglement interne, ceux qui m'ont paru les plus efficaces.

Le traitement de la péritonite partielle présente encore, pour première condition, de déterminer si l'affection est primitive, ou si elle est consécutive à quelque autre maladie, et la recherche de ce point important conduira presque toujours, nous ne craignons pas de le répéter, à reconnaître que la péritonite circonscrite est liée elle-même, soit à quelque inflammation, soit à quelque autre affection aiguë ou chronique, comme ulcération, perforation, rupture, abcès,

tubercules, cancer, etc., développés dans un point quelconque de l'abdomen. Bien que, communément moins grave que la péritonite générale, la péritonite partielle n'est pas non plus sans danger, on ne doit pas perdre de vue qu'elle peut s'étendre au reste de la séreuse ; que dès lors il ne faut rien négliger pour l'arrêter dans son début, et pendant qu'elle est moins difficile à combattre. Dans beaucoup de cas, on parvient à suspendre cette inflammation par l'application d'un bon nombre de sangsues, quarante à cinquante, par exemple, sur le point affecté; une large saignée dissipe quelquefois aussi, comme par enchantement, une péritonite partielle. Du reste, les cataplasmes, les bains entiers et les demi-bains, les lavemens émolliens, les boissons délayantes, doivent être employés ici comme dans la péritonite générale, concurremment avec les évacuations sanguines qu'il n'est presque jamais nécessaire de répéter un grand nombre de fois. C'est d'après les mêmes principes qu'on traite les péritonites qui succèdent aux plaies du ventre ou aux opérations chirurgicales, et qui sont presque toujours partielles dans leur début; toutefois, ici l'inflammation a peut-être plus de disposition à se propager vers les autres parties de la membrane séreuse : de là, le principe généralement admis, d'employer les évacuations sanguines avec plus d'énergie qu'on ne le fait dans la péritonite partielle spontanée, qui offre plus rarement cette extension.

Le traitement de la péritonite aiguë présente encore, quelle que soit sa forme, diverses modifications relatives aux causes occasionnelles qui l'ont déterminée, à quelques symptômes prédominans, aux complications qu'elle peut offrir; mais les indications fournies par ces diverses circonstances n'ont rien de spécial, et sont à peu près les mêmes que dans les autres phlegmasies.

Péritonite chronique. — L'inflammation chronique du péritoine se présente sous deux formes distinctes : tantôt elle commence sous la forme chronique, et, dans ce cas, elle est presque constamment liée à la présence de tubercules dans l'abdomen; tantôt elle succède à une péritonite aiguë, et par conséquent aussi, à l'une des nombreuses affections auxquelles cette phlegmasie se rattache. Lorsqu'elle est partielle, elle reconnaît pour causes ordinaires, soit une contusion, soit l'in-

flammation chronique d'un des viscères abdominaux qui s'est propagée, par contiguïté, à son enveloppe péritonéale. En conséquence, dans la forme chronique, comme dans la forme aiguë, la péritonite générale ou partielle est le plus souvent consécutive à une autre affection, en exceptant toujours la péritonite traumatique.

Les *symptômes* de la péritonite chronique sont très différens de ceux qu'on observe dans la première et la seconde périodes de l'inflammation aiguë; mais ils ont beaucoup de ressemblance avec ceux qui se montrent à son déclin. Le ventre est le siége d'une douleur profonde, peu intense, rarement continue, qui, dans le plus grand nombre des cas, ne devient manifeste que par la pression extérieure exercée suivant certaines directions, ou par la contraction des muscles abdominaux, dans un effort, ou par une secousse imprimée au corps, soit dans un faux pas, soit par le cahotement d'une voiture.

Les digestions sont ordinairement laborieuses; le malade mange peu, et digère mal; les alimens pèsent sur l'estomac, et marquent leur trajet dans le conduit intestinal par des douleurs qui souvent se reproduisent chaque jour, vers les mêmes points et aux mêmes heures: chez le plus grand nombre des malades, il existe de la constipation, chez quelques-uns du dévoiement; chez d'autres, des alternatives de diarrhée et de constipation; chez presque tous des vomissemens par intervalles.

Dans tous les cas, la face est pâle, terreuse, les traits expriment le malaise et l'inquiétude, l'embonpoint est diminué; les forces se perdent, et le malade est souvent obligé de garder la chambre ou même le lit; il a de la gêne dans la respiration, la peau est sèche, le pouls a de la fréquence, particulièrement vers le soir.

A ces phénomènes, qui sont constans, il s'en joint d'autres qui varient selon qu'il existe un épanchement dans le péritoine, ou qu'il n'en existe point. Dans le premier cas, le ventre est augmenté de volume, ce qui contraste singulièrement avec l'amaigrissement des autres parties du corps; il rend un son mat, soit dans la presque totalité de sa surface, soit dans une partie, et principalement dans les régions iliaque et hypogastrique; il peut même présenter une fluctuation, communément obscure, rarement très manifeste; il est plus

ferme, plus tendu qu'à l'état normal; de plus, on observe, dans certaines circonstances, un gonflement œdémateux ordinairement borné aux membres inférieurs et aux parois abdominales.

Lorsqu'il n'existe pas de liquide dans la cavité péritonéale, le ventre est plutôt diminué qu'augmenté de volume : parfois il est tout-à-fait plat; d'autres fois il offre vers la région ombilicale une saillie mal circonscrite et peu considérable, formée par les intestins agglomérés au-devant de la colonne vertébrale. Dans d'autres circonstances, quelques circonvolutions intestinales, dilatées par des gaz, se dessinent derrière la paroi abdominale antérieure. Le ventre y est généralement peu sonore; mais la matité n'est pas plus marquée aux parties déclives : elle est moins complète, et plus irrégulièrement distribuée que dans les cas où le ventre contient un liquide. Si l'on palpe le ventre avec attention, on reconnaît qu'il n'a pas la souplesse qui lui est propre dans l'état de santé: il présente à peu près constamment une rénitence, uue tension qui devient, pour une main exercée, le signe le plus important, car il est quelquefois unique, de l'inflammation chronique du péritoine.

De toutes les conditions morbides, de toutes les altérations pathologiques sous l'influence desquelles naît cette péritonite, la plus commune, et par conséquent la plus puissante, est l'affection tuberculeuse. Ces produits accidentels, développés, soit dans le tissu cellulaire sous-séreux, ou même à la surface interne du péritoine, ce qui est beaucoup plus rare, soit dans les ganglions lymphatiques du mésentère, deviennent le point de départ d'un travail inflammatoire qui, des parties qui lui sont immédiatement contiguës, se transmet à celles qui sont plus éloignées, et devient ainsi l'occasion d'une péritonite qui, d'abord bornée à un ou plusieurs points de la membrane séreuse, s'étend progressivement à toute sa surface. La suppuration et la perforation d'un tubercule ont été aussi quelquefois l'occasion d'une de ces péritonites aiguës que nous avons précédemment décrites, et sur lesquelles nous ne reviendrons pas. Nous ajouterons ici, pour terminer ce que nous avions à dire sur les rapports qui existent entre les tubercules et la péritonite chronique, que si le plus souvent la présence des tubercules dans le ventre précède l'inflammation de la membrane séreuse, il y a lieu de croire que,

dans d'autres cas, la péritonite devient, chez certains sujets qui ont déjà des tubercules dans la poitrine, l'occasion du développement de tubercules dans l'abdomen. Ces fausses membranes, infiltrées de matières tuberculeuses, qu'on rencontre sur le péritoine comme sur la plèvre, chez quelques phthisiques, semblent être le produit d'un travail inflammatoire modifié par la diathèse tuberculeuse.

A toutes les époques de la vie, la péritonite chronique se montre plus fréquemment sous la forme tuberculeuse que sous aucune autre forme. Toutefois, l'enfance est, de tous les âges, celui où on l'observe le plus communément; on peut dire même que, dans les premiers temps de la vie, la péritonite ne se présente guère que sous cette forme, sans doute parce que les tubercules abdominaux sont plus fréquents à cette époque de la vie qu'à aucune autre. Un autre caractère de la péritonite tuberculeuse est de se développer chez des individus déjà malades, et chez lesquels on peut soupçonner l'existence de tubercules.

L'affection, à son début, est pour ainsi dire latente : d'abord quelques légers dérangemens des fonctions digestives, par intervalles, quelques vomissemens, des alternatives de diarrhée et de constipation, une petite toux sèche, un peu de fièvre le soir, etc.; puis, plus tard, quand la phlegmasie du péritoine se caractérise davantage, aux phénomènes indiqués précédemment s'ajoutent certains signes fournis par l'examen de l'abdomen, qui est tendu, augmenté de volume, ou, au contraire, déprimé, et peu sonore à la percussion. La peau du ventre est, en général, sèche, chaude, et d'une couleur terne; souvent elle est parcourue par des veines bleuâtres, gorgées de sang, par suite de la gêne de la circulation abdominale; souvent encore, à l'aide d'une palpation attentive, on parvient à reconnaître dans quelque point du ventre, et plus particulièrement dans les flancs, la présence de petites tumeurs arrondies, d'une dureté médiocre, formées par les ganglions mésentériques, gonflés et tuberculeux. Les ganglions inguinaux sont également développés, et parfois douloureux à la pression. L'amaigrissement général, le marasme, sont plus prononcés, et la diarrhée, qui a commencé à une période moins avancée de la maladie, est plus continue, plus rebelle aux moyens thérapeutiques, parce qu'elle est actuellement entretenue par

les ulcérations tuberculeuses dont l'intestin est presque toujours criblé.

Quelle que soit sa forme, la péritonite chronique marche communément avec lenteur ; souvent elle paraît demeurer stationnaire pendant plusieurs mois ; elle peut même offrir une ou plusieurs fois un amendement qui, d'ordinaire, n'est que passager : en effet, la mort est là terminaison presque constante de la péritonite chronique, et surtout de la péritonite tuberculeuse. Tantôt le dévoiement en hâte le terme, tantôt le malade paraît succomber aux progrès de la faiblesse, qui augmente de jour en jour. Enfin, dans d'autres circonstances, l'inflammation tuberculeuse du péritoine est plus rapidement mortelle, soit par l'effet d'une perforation qui lui donne une marche aiguë, soit par suite d'une méningite dont le développement se lie à la diathèse tuberculeuse.

Le *diagnostic* de la péritonite chronique est souvent obscur, dans les cas surtout où elle a eu primitivement cette forme. Des douleurs abdominales sourdes, passagères, qui n'augmentent que très lentement, auxquelles le malade lui-même fait à peine attention, qui ne l'empêchent pas de vaquer à ses affaires, et qui n'amènent qu'insensiblement de la diminution dans son embonpoint et dans ses forces, sont des signes si vagues d'une péritonite commençante, qu'on ne peut guère que la soupçonner dans son début, et souvent même encore après quelques semaines. Il n'est pas rare, d'ailleurs, dans cette première période de la péritonite chronique, que les malades négligent de réclamer les secours de l'art, et qu'ils ne consultent un médecin qu'à l'époque où quelque symptôme plus sérieux, comme l'amaigrissement général ou la tuméfaction du ventre, leur donne quelques inquiétudes. A cette époque, si le médecin ne trouve pas encore cet ensemble de signes qui ne laissera aucun doute sur le siége et la nature du mal, du moins il est conduit à soupçonner une péritonite chronique, et les phénomènes ultérieurs ne tardent pas à confirmer ses premières présomptions.

Lorsque la péritonite chronique est partielle, et surtout lorsqu'elle occupe une région profonde et peu étendue, il est si difficile de la reconnaître, que plus d'une fois elle s'est montrée à l'ouverture des cadavres, sans que rien, pendant la vie, ait révélé son existence. Quand l'inflammation partielle ou générale

s'est manifestée d'abord sous forme aiguë, cette circonstance est toujours d'un grand poids pour le diagnostic. Du reste, ici comme dans la péritonite générale, le diagnostic ne consiste pas seulement à reconnaître s'il existe ou non une phlegmasie de tel ou tel point du péritoine, il faut encore déterminer si elle est primitive ou consécutive, si l'inflammation chronique, ou la dégénérescence tuberculeuse, cancéreuse, etc., d'un viscère quelconque, ou du tissu cellulaire, n'a pas, comme c'est le cas le plus ordinaire, donné lieu à l'inflammation chronique de la portion du péritoine la plus voisine. La présence manifeste d'affections tuberculeuse ou cancéreuse dans d'autres points de l'économie, dans les ganglions lymphatiques superficiels ou profonds en particulier, est un des signes les plus importans dans le diagnostic de la péritonite tuberculeuse ou cancéreuse.

Les lésions anatomiques observées chez les sujets morts de péritonite chronique générale ou partielle, sont très nombreuses et très variées; nous les rattacherons à deux formes priucipales, selon qu'il existe un épanchement de liquide dans la cavité péritonéale, ou qu'il n'en existe pas.

Quand il existe un épanchement dans l'abdomen, le liquide est presque toujours séreux, et mêlé à des flocons albumineux plus ou moins abondans: il est rare qu'il soit purulent, à moins que l'épanchement ne soit partiel, sans doute parce que la présence du pus sur toute la surface du péritoine entraîne, en général, trop rapidement la mort pour que la maladie ait une marche chronique. Le liquide varie d'ailleurs pour sa coloration: il est souvent à peine coloré ou citrin, avec une teinte un peu louche, quelquefois brun ou noirâtre, ou mêlé à du sang liquide ou caillé. Les fausses membranes sont ordinairement très fermes, parfois multiples, de couleur, du reste, très variable; elles forment souvent une couche épaisse entre le liquide qu'elles contiennent et le péritoine qu'elles recouvrent. Dans quelques cas, après avoir incisé les parois abdominales, et laissé écouler la matière de l'épanchement, on ne voit aucun des viscères, on n'aperçoit pas même leurs formes : la fausse membrane semble appuyer immédiatement en haut sur le diaphragme, en arrière sur la colonne vertébrale et sur les muscles lombaires. Mais si on l'enlève ou si on l'incise, on retrouve au-dessous d'elle les viscères refoulés par le liquide, et considérablement diminués de volume, par suite de la compression

à laquelle ils ont été soumis. Quant aux intestins eux-mêmes, non-seulement ils ont subi cette espèce d'atrophie, non-seulement leur diamètre est moindre, mais encore ils sont rétractés, et le canal intestinal a manifestement moins de longueur que dans l'état normal, comme l'ont démontré les recherches intéressantes de M. le docteur Ménière sur ce sujet.

Lorsqu'il n'y a pas d'épanchement dans la cavité du péritoine, on trouve la séreuse partout adhérente à elle-même, à l'aide de fausses membranes ou d'un tissu lamineux ou cellulaire ; tantôt ce tissu est irrégulier, et ne consiste qu'en filamens de longueur et de densité variables; tantôt les pseudo-membranes sont plus ou moins épaisses, et elles peuvent, plus tard, devenir cartilagineuses, ou même osseuses, transformations beaucoup plus rares que pour la plèvre.

La portion de membrane séreuse qui recouvre les intestins présente souvent, disséminées à la surface, de petites *taches opaques* formées par une matière purulente concrète, qui ont beaucoup d'analogie avec les tubercules ; elles s'en distinguent en ce qu'elles sont très irrégulières dans leur forme : elles sont déchiquetées, amorphes, semblables à de petits lambeaux déchirés, tandis que les granulations ou les tubercules ont une forme à peu près régulière, et le plus souvent arrondie. Leur siége n'est pas non plus le même : elles sont déposées dans la cavité même du péritoine, dont on les détache en les râclant avec le scalpel, tandis que les tubercules sont presque exclusivement situés sous la séreuse, et résistent, par conséquent, au grattage.

Les lésions propres à la péritonite tuberculeuse doivent être ici l'objet d'une description particulière. Tantôt les tubercules sont en petit nombre, isolés, circonscrits dans certaines régions, à la face inférieure du diaphragme, par exemple, ou dans les hypochondres, d'un seul ou des deux côtés, à la paroi abdominale antérieure, ou au feuillet viscéral; tantôt, au contraire, ils sont extrêmement nombreux, agglomérés, réunis en masses irrégulières, ou formant de véritables boutons aplatis, qui souvent ont été comparés à des pustules varioliques, et rattachés à l'existence d'une variole interne. Quelquefois séparés des fausses membranes, et libres de tout travail phlegmasique environnant, les dépôts de matière tuberculeuse sont, chez le plus grand nombre des sujets, entourés de pseudo-

membranes plus ou moins épaisses, qui offrent des transformations diverses, et forment dans quelques cas, autour des viscères, et spécialement du foie et de la rate, ces coques blanchâtres et dures dont nous avons déjà parlé.

Les tubercules développés dans le tissu cellulaire qui unit le péritoine aux parties voisines sont quelquefois ramollis, comme ceux qui se moutrent ailleurs, et l'on a trouvé plus d'une fois ces espèces d'abcès tuberculeux ouverts dans le péritoine, où ils avaient versé une partie de la matière purulente qu'ils contenaient. Ces perforations sont quelquefois multiples; leur formation ne donne pas ordinairement lieu à des accidens aussi graves que ceux qu'on observe dans les perforations qui surviennent dans d'autres conditions. En effet, dans la péritonite chronique, ou bien le ventre est le siége d'un épanchement de liquide dans lequel la matière purulente se mêle et se perd en quelque sorte, ou bien il y a des adhérences qui circonscrivent de toutes parts la perforation, et en préviennent les conséquences.

Il n'est pas très rare de constater, dans la péritonite tuberculeuse, d'autres perforations produites par la fonte des tubercules développés entre des anses intestinales adhérentes, et qui établissent entre elles des communications accidentelles. Ces perforations n'entraînent pas immédiatement la mort, comme celles qui permettent aux matières alimentaires ou fécales de passer dans le péritoine; mais en établissant une communication entre le commencement de l'intestin grêle et le colon, par exemple, elles permettent aux alimens d'être transmis au dehors sans parcourir le trajet nécessaire à leur élaboration et à leur absorption; et cette condition, qui rapproche ces malades de ceux qui ont un anus contre nature, contribue à augmenter leur faiblesse, et à hâter leur mort.

L'inflammation chronique du péritoine, quand elle est générale, est le plus souvent au-dessus des ressources de l'art. Le médecin doit principalement s'attacher à éloigner toutes les circonstances qui pourraient en précipiter le cours; il doit, en outre, ne négliger aucun des moyens qui seraient propres à procurer une guérison qu'il n'est pas toujours impossible d'obtenir. Pour remplir la première indication, il conseillera le repos, un régime sévère, mais non pas une abstinence absolue, un soin continuel à éviter toute pression sur le ventre,

toute secousse, tout effort qui réveilleraient la douleur. Parmi les moyens propres à remplir la seconde indication, les principaux sont les bains entiers et les demi-bains simples ou médicamenteux, émolliens, alcalins ou sulfureux, ceux d'eaux minérales naturelles ou artificielles, les douches en arrosoir, administrées avec de grandes précautions, les fomentations, les cataplasmes, les onctions, les frictions mercurielles et iodurées, les exutoires, tels que vésicatoires, cautères, moxas ou sétons, établis sur le ventre ou à la partie supérieure des cuisses. A ces moyens variés, il est quelquefois nécessaire de joindre l'application de sangsues, soit sur tout le ventre, soit sur une de ses régions, quand l'exige la recrudescence des phénomènes inflammatoires. Dans quelques cas où des erreurs de régime ou des causes extérieures de tout autre genre ont prolongé ou entretenu une péritonite primitivement aiguë, la méthode antiphlogistique employée dans une mesure convenable convient encore après quelques mois de durée, comme au début de la maladie. Mais la péritonite chronique étant le plus souvent liée à la présence de tubercules, c'est bien plus communément aux amers, et à tous les moyens médicamenteux et hygiéniques préconisés contre les maladies scrofuleuses et tuberculeuses, qu'on doit avoir recours dans une affection si fréquemment liée à cette diathèse.

Dans la péritonite chronique locale, où le danger n'est pas aussi grand, les mêmes moyens sont, dans beaucoup de cas, couronnés de succès. Si un abcès formé dans un point limité du ventre vient à proéminer vers ses parois, on favorisera le travail de l'organisme par les moyens consacrés; quelquefois, à l'aide des caustiques ou du bistouri, on pourra préparer ou frayer une issue au pus; si l'abcès s'ouvre une voie dans les intestins, dans la vessie ou dans le vagin, on devra, par une pression méthodique, par des injections ou des douches, déterger le foyer où s'est formé le pus, et aider au rapprochement et à l'adhésion de ses parois. CHOMEL.

WALTER (J. Gottl.). *De morbis peritonei et apoplexia.* Berlin, 1785, in-4°. Trad. dans *Nouv. mém. de l'Acad. roy. de Berlin*, 1787, p. 76 et 102.

SCOUTTETEN. *Mémoire sur l'anatomie pathologique du péritoine.* Dans *Arch. gén. de méd.*, 1823-4, t. III, IV et V.

LOMBARD (L.). *Sur quelques points d'anatomie pathologique du péritoine.* Dans *Arch. gén. de méd.*, 1825, t. IX, p. 191.

GINTRAC (Élie). *Observations sur les maladies organiques du péritoine et de ses annexes.* Dans *Mém. et obs. de méd. clin.* Bordeaux, 1830, in-8°.

SCHULTENS (D. Alb.). Resp. Patyn (L.). *Diss. de omento et ejus inflammatione*, 1740.

HALDER (Sam.). *De morbis omenti.* 1786, in-4°.

VALLOT. *De morbis omenti.* Vezunce, 1792, in-4°.

LEGOUAIS. *Réflexions et observations sur l'emploi des saignées et des purgations dans le traitement de la péritonite puerpérale.* Thèse. Paris, 1810, in-4°.

DUGÈS (A.). *Mémoires sur la péritonite puerpérale.* Dans *Journ. hebd. de méd.*, 1828, t. I, 1830, t. VI.

TONNELLÉ. *Mém. sur la péritonite puerpérale.* Dans *Arch. gén. de méd.* 1830, t. XXII et XXIII.

BAUDELOCQUE (A. C.). *Traité de la péritonite puerpérale.* Paris, 1830, in-8°.

Un grand nombre de dissertations sont contenues dans les recueils de thèses des facultés. R. D.

FIN DU VINGT-TROISIÈME VOLUME.

TABLE

DES PRINCIPAUX ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME,

AVEC L'INDICATION DES AUTEURS DE CES ARTICLES.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.